FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 4.

LE

COLON TERMINAL

ET LA

FOSSETTE INTERSIGMOÏDE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 1895

PAR

François-Joseph-Emile MAURRAS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Martigues (Bouches-du-Rhône), le 3 septembre 1872

Examinateurs de la Thèse..	MM. MOUSSOUS	professeur	*Président*
	MORACHE	professeur	*Juges*
	RIVIÈRE	agrégé	*Juges*
	MESNARD	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 4.

LE COLON TERMINAL ET LA FOSSETTE INTERSIGMOÏDE CHEZ L'ENFANT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 5 Novembre 1895

PAR

François-Joseph-Emile MAURRAS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Martigues (Bouches-du-Rhône), le 3 septembre 1872

Examinateurs de la Thèse..	MM. MOUSSOUS	professeur	*Président*
	MORACHE	professeur	*Juges*
	RIVIÈRE	agrégé	*Juges*
	MESNARD	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... Professeurs honoraires
AZAM.....

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions emises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MADEMOISELLE JEANNE MAURRAS

A MON CHER AMI LE D[R] PIERRE RÉGNIER

CHEF ADJOINT DU SERVICE ÉLECTROTHÉRAPIQUE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR JACQUEMET

PREMIER INTERNE DE L'HOTEL-DIEU

PROSECTEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSOUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Le repli péritonéal qui constitue la fossette intersigmoïde est peu connu encore ; son histoire est de date assez récente et bien des points importants restent à élucider ou à préciser dans cette région. C'est pourquoi je me suis attaché, après m'être bien pénétré des courtes descriptions des anatomistes et aussi des divergences qui les séparent sur ce sujet, à entreprendre chez l'enfant l'étude approfondie de ce point intéressant d'anatomie descriptive et à la fixer d'une manière aussi complète et définitive que possible.

Ayant trouvé ce recessus séreux sous la portion du gros intestin qui représentait l'S iliaque, c'est-à-dire la portion comprise entre le côlon lombaire gauche et le rectum, je me suis aperçu qu'il était impossible de décrire cette fossette à la fois sous-colique et sous-mésentérique, sans esquisser en même temps l'étude de ce côlon qui lui servait de cadre en formant à cette région une limite naturelle. Mais à mesure aussi que j'avançais dans mes recherches sur la fossette intersigmoïde et le côlon des enfants, je remarquais combien étaient variables la situation, la forme et les rapports de cette dernière portion du tube digestif. Aussi ai-je été naturellement amené à décrire de nouveau ce côlon que mes recherches m'ont fait désigner sous le nom de côlon terminal, et réunir

ces deux points d'anatomie, en apparence distincts, en une région unique composée de deux éléments indissolublement liés et se complétant l'un l'autre.

Je m'efforcerai donc, dans ce modeste travail, d'étudier à fond et d'une manière adéquate et définitive la fossette intersigmoïde et le côlon terminal chez l'enfant, de les considérer, je le répète, plutôt comme une région d'anatomie topographique d'importance, d'aspect et de limites nettement définis, que comme une simple curiosité anatomique. Je commencerai ce travail par un historique qui aura pour double objet de retracer l'histoire, déjà longue, de l'ancienne S iliaque avec les appréciations des auteurs et celle, plus courte, de la fossette intersigmoïde, avec une digression obligée sur les feuillets péritonéaux qui l'entourent. Les Chapitres II et III seront entièrement consacrés à l'énoncé des résultats de mes recherches personnelles sur cette double question et auront pour but une description nouvelle de la région intersigmoïde.

Dans le Chapitre IV, j'exposerai les détails de 35 observations personnelles, fruit de 35 dissections sur des cadavres d'enfants nouveau-nés ou en très bas âge. J'ai relevé les observations avec la plus grande précision possible. Je crois y avoir apporté une attention suffisante, mais si quelques erreurs d'interprétation se sont glissées dans ce travail, j'invoquerai en ma faveur les difficultés que j'ai rencontrées à chaque pas et le peu de temps que j'ai pu consacrer à de si longues et si minutieuses recherches.

Cette analyse de chaque cas particulier sera suivie au Chapitre V des conclusions qui m'ont été suggérées par les faits que j'ai vus.

Mais avant de présenter ce travail à mes juges, qu'il me soit permis d'en reporter tout l'honneur à mon ami, M. Jacquemet, prosecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine de

Marseille. C'est à lui qu'en revient l'idée première ; c'est lui qui m'a guidé dans mes recherches, au milieu des difficultés quotidiennes avec une bienveillance et un dévouement que je ne saurais oublier.

Que mon plus vieil ami, A. Ponchin, qui a dessiné, avec tout son talent d'artiste, les gravures qui font le plus bel ornement de ma thèse, reçoive ici, pour ce témoignage d'amitié, l'expression de toute ma reconnaissance.

Que M. le professeur Layet, qui fut toujours pour moi d'une extrême bienveillance, daigne agréer, avec mes remerciements, l'assurance de ma vive gratitude.

Durant les quatre mois que j'ai passé au service d'Isolement de la Maternité, sous la direction de M. le professeur Chambrelent, j'ai toujours trouvé en lui un maître et un ami, dont la sympathie et les conseils éclairés ne m'ont jamais fait défaut.

J'ai eu, pendant ma dernière année d'études, le très grand honneur d'être externe à la Clinique d'accouchements, dans le service de mon cher maître, M. le professeur Moussous. Trop de fois son nom vénéré s'est trouvé en tête de semblables travaux pour que j'essaie de formuler ici de banals remerciements. Qu'il me suffise de lui dire que je le remercie avec tout mon cœur, pour toutes ses bontés, pour l'amitié dont il m'a honoré et pour l'insigne faveur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

LE

COLON TERMINAL

ET LA

FOSSETTE INTERSIGMOÏDE

CHEZ L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le Côlon Terminal. — La Fossette Intersigmoïde.

Ce chapitre d'historique a un double objet. Il tend à présenter dans un aperçu rapide, l'histoire et la fortune diverse de cette portion du gros intestin qui est intermédiaire au colon lombaire gauche et au rectum. Cet historique portera principalement sur le côlon de l'enfant, mais, je crois que sans sortir de mon sujet, je pourrai étudier ici la question à un point de vue plus général et rapporter les travaux qui ont été publiés sur le côlon de l'adulte, toutes les fois que cette diversion offrira quelque intérêt ou sera indispensable, seulement utile, à la facile compréhension de ce travail.

Ce chapitre a aussi pour but de rappeler brièvement la courte histoire de la fossette intersigmoïde, les études qui ont suivi sa découverte et les auteurs qui se sont livrés à des recherches sur ce point : ce sera la seconde partie.

COLON TERMINAL

J'expliquerai plus loin pourquoi j'emploie cette dénomination de côlon terminal. Je vais maintenant remonter à travers la littérature médicale jusqu'aux anatomistes anciens, et exposer la description qu'ils ont donné de cette portion du tube digestif. Je n'ai pas besoin de remonter bien haut, parce que tous les auteurs, jusqu'à ces dernières années, ont envisagé ce segment de l'intestin d'une seule façon, toujours la même, se gardant bien de toucher au monument des temps anciens où la science anatomique était encore dans l'enfance, tant il est vrai que, bien souvent, des esprits distingués s'écartent difficilement des sentiers battus. C'est le règne de l'S iliaque.

Pour les besoins de la description, je diviserai cette étude en deux parties : la première comprendra l'époque ancienne avec l'opinion des auteurs, la seconde étudiera l'époque moderne ; je n'emploie pas ce terme de moderne au sens chronologique du mot, mais en tant que marquant une étape nouvelle, une vélléité de s'affranchir des définitions héréditaires et des opinions toutes faites.

L'époque ancienne dure encore de nos jours, puisque des auteurs qui n'ont pas admis les idées nouvelles sur ce sujet, ont décrit, d'une manière générale, la portion iliaque commençant sur la crête iliaque, puis décrivant dans la partie inférieure de la fosse iliaque et sur le rebord du détroit supérieur, plusieurs circonvolutions qui lui donnent la forme d'un S italique, pour aller finir à la symphyse sacro-iliaque gau-

che, répondant en avant à la paroi abdominale, en arrière aux organes de la fosse iliaque. Je cite la description de Bichat, description très claire, ayant le seul défaut d'être de son temps et ne différant pas en somme de celles qui naîtront soixante années plus tard :

« La portion iliaque gauche du côlon médiocrement volumineuse, est de toutes la plus mobile et la plus analogue sous ce rapport à l'intestin grêle. Comme lui, elle est enveloppée dans tout son contour par le péritoine qui lui forme en haut et en arrière un repli fort étendu et fort lâche, fixé très obliquement de haut en bas et de gauche à droite à la colonne vertébrale et nommé méso-colon iliaque. Comme lui, elle forme plusieurs circonvolutions, ce qui l'a fait comparer à un S. Elle commence à la fin de la région lombaire, se finit au détroit supérieur du bassin, vers l'union du sacrum avec la dernière vertèbre des lombes ; en devant elle répond aux parois abdominales, en arrière aux muscles iliaque et psoas (1). »

J'emprunte à l'*Anatomie topographique*, de Paulet, les pages qui vont suivre et que je reproduis d'un bout à l'autre, parce qu'en outre des indications générales sur le côlon iliaque, j'y trouve un résumé fort intéressant, qui touche plus particulièrement mon sujet, d'une discussion relative aux rapports de l'S iliaque avec la paroi abdominale antérieure, chez les enfants en bas âge. J'aurai du reste à revenir plus loin sur les auteurs dont il va être question dans ces pages : Huguier, Gruber, Bourcart, etc.

« La fosse iliaque gauche contient, comme la droite, des anses de l'intestin grêle, mais elle est surtout occupée par l'S iliaque, portion du gros intestin intermédiaire au côlon

(1) Xavier Bichat. — *Anatomie descriptive*, Paris, 1829, tome II, pages 477-478.

descendant et au rectum. L'S iliaque est lâchement unie à la paroi par un double feuillet du péritoine; elle flotte et décrit des circonvolutions plus ou moins accentuées qui lui ont valu son nom. Rien à l'aspect ne la distingue de la portion d'intestin qui la précède ou de celle qui lui fait suite; ses limites, purement arbitraires, sont marquées par les deux points où l'intestin cesse d'être flexueux; c'est assez dire que sa longueur est extrêmement variable d'un sujet à l'autre.

» Située immédiatement derrière la paroi abdominale antérieure, l'S iliaque est une des portions du tube digestif les plus superficielles et les plus facilement accessibles; il n'est donc pas étonnant que ses lésions soient relativement fréquentes lorsqu'une violence extérieure agit sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen. D'autre part, l'S iliaque est très rapprochée de l'extrémité terminale de l'intestin: elle contient habituellement des matières fécales sur le point d'être expulsées, et si on la suppose ouverte directement à l'extérieur, on concevra sans peine que la santé générale du sujet soit compatible avec l'existence d'un semblable anus anormal. De là l'idée toute naturelle d'établir une ouverture permanente sur cette partie de l'intestin, dans les cas d'oblitération, d'imperforation ou d'absence congénitale du rectum. La création d'un anus artificiel, par la méthode de Littre, n'est pas une opération bien difficile, et je me serais simplement borné à l'indiquer en passant, si, dans ces derniers temps, il ne s'était élevé une discussion relativement aux rapports de l'S iliaque avec la paroi abdominale antérieure, chez les enfants en bas âge Lorsqu'il s'agit de pratiquer l'opération de Littre, on conseille généralement d'inciser la paroi dans la fosse iliaque gauche, et d'ouvrir l'anse intestinale distendue qui se présente la première à l'opérateur : Cette anse doit être l'S iliaque. Or, quelques chirurgiens, Huguier et Béraud entre

autres, ont prétendu qu'en agissant ainsi, c'était s'exposer plus d'une fois à se tromper car chez un certain nombre d'enfants nouveau-nés, ils avaient trouvé l'S iliaque dans la fosse iliaque droite! Il y avait donc lieu de vérifier à nouveau les rapports de l'extrémité inférieure du côlon et surtout de déterminer si les cas invoqués devaient être considérés comme la règle ou comme l'exception.

» Les chiffres fournis par l'expérience me paraissent avoir pleinement résolu la question. Sur 150 autopsies d'enfants èn très bas âge, Bourcart a trouvé l'S iliaque 111 fois à gauche, 33 fois à droite et 6 fois dans le petit bassin. Sur 134 enfants Giraldès l'a vue 114 fois à gauche. Curling l'a trouvée du même côté 85 fois sur 100 cas. On voit donc que dans la très grande majorité des cas c'est bien du côté gauche que l'on rencontrera cette portion de l'intestin, et qu'il n'y a rien à modifier dans les préceptes anciennement établis. Mais voici qui est encore plus démonstratif : Giraldès a relevé avec soin les relations de 150 opérations d'anus artificiel, faites par la méthode de Littre et sur ce nombre considérable, l'S iliaque a été trouvée *toutes les fois* à gauche. Cet argument me paraît sans réplique (1). »

Vient ensuite le professeur Sappey qui décrit, avec l'autorité que l'on sait, la portion iliaque du côlon, l'S iliaque, qu'il considère, lui aussi, comme la disposition normale.

Pour éviter des longueurs inutiles, je ne citerai de sa description que le passage qui a plus spécialement trait à mon sujet, au côlon du nouveau-né.

« Chez le nouveau-né, l'S iliaque présente une situation et une direction différentes de celles qui viennent d'être indiquées. Huguier a avancé que sur 10 fœtus examinés par lui,

(1) PAULET. — Tome I, page 437, Paris, 1867-1870.

il a trouvé 10 fois cette partie du côlon, ainsi que le rectum, à droite, dans le voisinage du cœcum. Sur 14 fœtus à terme, j'ai rencontré, en effet, 8 fois cette disposition : l'S iliaque alors occupe l'excavation du bassin; de ses deux courbures, l'une, située à gauche, regarde en haut par sa concavité; l'autre, placée à droite de la précédente, regarde en bas; le rectum, par son origine, répondait au côté interne du cœcum. Des 6 autres fœtus, 3 offraient la disposition normale; chez les 3 derniers, l'S iliaque, très dilatée et fort longue, était double en quelque sorte ; le côlon, après s'être contourné à gauche en S, passait transversalement au-devant de la base du sacrum, pour se continuer ainsi en S dans la fosse iliaque droite qu'il remplissait, puis croisait la symphyse sacro-iliaque droite et se continuait avec le rectum. De ces faits, il suit, en résumé : 1° que chez le nouveau-né, la fosse iliaque gauche est remplie le plus souvent par les circonvolutions de l'intestin grêle; 2° que l'S iliaque est logée dans l'excavation pelvienne; 3° que le rectum répond en général à la symphyse sacro-iliaque droite (1). »

Je mentionnerai seulement pour être complet les descriptions de Beaunis et Bouchard, Debierre, Luschka, Weber, Hoffmann, Gruber, Krause, Engel, sans les citer, car elles répètent toutes, à peu de choses près, ce que l'on vient de lire plus haut sur l'S iliaque.

Je relève dans l'*Anatomie topographique*, de Tillaux, la phrase suivante, au sujet du côlon iliaque de l'enfant :

« Chez l'enfant, l'S iliaque se porte vers la fosse iliaque droite, en arrière du contact du cœcum; cette disposition peut aussi se rencontrer chez l'adulte, lorsque cette partie de l'intestin est très développée (2). »

(1) Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive*, tome IV, page 269. Paris 1879.
(2) 6e édition, page 741.

Je crois inutile d'insister davantage sur la conformation de l'S iliaque et sur les descriptions anciennes : je vais aborder maintenant la période nouvelle, mais je répète que cette division n'a rien de chronologique, elle est simplement basée sur une conception différente du côlon terminal qui tend à être universellement adoptée aujourd'hui.

Je ne saurais trouver de transition plus naturelle, pour passer de l'une à l'autre période, que celle que me fournit Cruveilhier. Cet anatomiste avait bien vu que la situation de l'S iliaque n'était pas fixe, et il savait qu'on pouvait la trouver dans l'excavation pelvienne. Cependant, comme cette idée était prématurée pour l'époque, et comme la disposition en S du côlon iliaque était seule classique, Cruveilhier, lorsqu'il s'agit d'interpréter des faits réels qu'il avait constatés, se demandait s'il se trouvait en présence d'une disposition accidentelle ou congénitale, mais n'osait encore battre en brèche la description classique et imposer celle que d'autres après lui purent faire accepter. Voici, d'ailleurs, ses propres expressions :

« Ses limites du côté du rectum sont déterminées par le lieu où le gros intestin plonge dans l'excavation du bassin, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Mais comme il arrive très souvent que la branche inférieure ou même la totalité de l'S est contenue dans l'excavation, on conçoit qu'une pareille délimitation ne saurait être rigoureuse...

» Doit-on considérer comme accidentelle ou bien comme congénitale la disposition suivante que j'ai rencontrée plusieurs fois? A partir du côlon lombaire gauche, l'S iliaque se porte transversalement de gauche à droite au niveau du détroit supérieur, jusque dans la fosse iliaque droite au-dessus du cœcum qu'elle refoulait en haut dans un cas et au-devant d'elle dans un autre cas; l'S iliaque décrit ensuite

ses deux courbures, tantôt dans la fosse iliaque droite et tantôt dans le petit bassin. »

En 1885, Trèves décrit dans le *British Medical Jornal,* une anse en forme d'Ω, l'anse Oméga, qui siège dans l'excavation pelvienne, commence à la terminaison du côlon lombaire gauche et se finit au rectum au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

En 1890, Claudius von Samson (*Inaugural Dissertation.* Dorpat) décrit sous le nom de *flexura sigmoïdea coli,* ce segmen du côlon compris entre le bord interne du psoas et le rectum : c'est un grand pas de fait; c'est l'S iliaque menacée; mieux encore elle n'existe plus; chaque jour, une description nouvelle la relègue au second plan, au rang des raretés.

Les ouvrages classiques récents l'ont aussi abandonnée et nous voyons le professeur Testut décrire un côlon sigmoïde ou ilio-pelvien, dénomination vraiment scientifique et correspondant à une réalité. Je cite toute cette description nouvelle pour montrer combien nous sommes loin de l'ancien S iliaque de Bichat et de Sappey, et combien séduisante est cette conception qui se trouve réalisée, comme on va le lire, 8 à 9 fois sur 10 sujets :

« Colon ilio-pelvien. — Le côlon ilio-pelvien (*côlon iliaque* ou *S iliaque du côlon* de nos auteurs français, *anse sigmoïde* de quelques anatomistes anglais et allemands, *anse en* Ω de Trèves) fait suite au côlon descendant et s'étend de là jusqu'au rectum qui le continue.

» *Situation et direction.* — A son origine, le côlon ilio-pelvien est situé dans la fosse iliaque interne du côté gauche; mais il passe bientôt dans le bassin qu'il occupe dans la plus grande partie de son étendue, d'où le nom de *côlon-ilio-pelvien* sous lequel nous le désignerons. Nous l'appellerons encore *côlon sigmoïde*, dénomination qui ne pré-

juge en rien de sa situation et qui, en rappelant ses diverses inflexions, a le grand avantage de convenir à tous les cas.

» Le côlon ilio-pelvien est rattaché à la paroi postérieure de l'abdomen et du bassin par un repli du péritoine, le *mésocôlon ilio-pelvien*. Ce repli, sur lequel nous aurons naturellement à revenir à propos du péritoine du gros intestin, est toujours très large, et, de ce fait, permet à la portion de l'intestin qu'il entoure des excursions très étendues. Le côlon ilio-pelvien devient ainsi la plus mobile des quatre portions du côlon.

» Cette extrême mobilité, qui rappelle jusqu'à un certain point celle de l'intestin grêle, nous explique la plupart des variétés que présente le côlon ilio-pelvien dans sa situation, sa direction et ses rapports. Ces variétés sont fort nombreuses, et sans nous attarder ici à exposer les divergences des auteurs sur ce point, nous décrirons la disposition qui nous paraît la plus fréquente. Si nous suivons le côlon sigmoïde de son origine à sa terminaison, nous le voyons tout d'abord se porter verticalement de haut en bas, en suivant à peu de chose près la même direction que le côlon lombaire gauche. Il descend ainsi le long du bord externe du psoas, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, quelquefois plus bas, jusqu'au voisinage de cette arcade. S'infléchissant alors en dedans, il croise transversalement le psoas, atteint son bord interne et passe dans l'excavation pelvienne qu'il traverse de gauche à droite. Arrivé au bord droit de cette cavité, à la fosse iliaque droite par conséquent, il s'infléchit une dernière fois sur lui-même et, se portant obliquement en bas, en arrière et en dedans, il vient se continuer avec le rectum au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Ainsi délimité, le côlon ilio-pelvien peut être divisé en quatre portions, savoir : 1° Une *première portion* verticale-

ment descendante, qui s'étend de la crête iliaque au quart inférieur de la fosse iliaque interne ; 2° une *deuxième portion* tantôt transversale, tantôt légèrement ascendante ou descendante qui croise le psoas ; 3° une *troisième portion*, en forme d'anse, à concavité dirigée en haut, qui s'étend du bord gauche du bassin au bord droit ou, ce qui revient au même, de la fosse iliaque gauche à la fosse iliaque droite ; 4° une *quatrième portion*, oblique en bas et en dedans, qui, partant du bord droit du bassin au voisinage de la symphyse sacro-iliaque droite, aboutit à la partie médiane de la troisième vertèbre sacrée ; cette dernière portion, beaucoup plus courte que la précédente, décrit dans son ensemble une légère courbe dont la concavité regarde en bas et en dehors. Des quatre portions constitutives du côlon ilio-pelvien, les deux premières sont situées dans la fosse iliaque ; les deux autres sont intra-pelviennes.

» Cette description est bien différente de celle que l'on rencontre dans les traités classiques, où l'on voit l'S iliaque du côlon décrire deux courbures dans la fosse iliaque interne, et, sans descendre dans le bassin, se continuer avec le rectum, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Une pareille disposition, où l'S iliaque se trouve en totalité dans la fosse iliaque gauche et où le rectum commence sur le côté gauche de la ligne médiane, existe sans doute et je l'ai observée moi-même comme tous les anatomistes ; mais elle est relativement rare et comme telle, ne saurait convenir à la majorité des faits. Il y a longtemps que Huguier avait signalé le passage dans le bassin de l'anse terminale du côlon sigmoïde, ayant rencontré cette disposition 10 fois sur 10 fœtus examinés. Sappey lui-même, qui pourtant fait arrêter l'S iliaque à la symphyse sacro-iliaque gauche, ayant examiné 14 fœtus, l'a vu sur 11 d'entre eux, franchir les limites de la fosse

iliaque gauche et descendre dans le bassin avant de se continuer avec le rectum. A leur tour *Luschka, Trèves, Schiefferdecker* et plus récemment *Jonnesco* et *Pérignon* à la suite de nombreuses recherches sur le sujet qui nous occupe, tant chez l'adulte que chez le fœtus, s'accordent à considérer comme normale la disposition que nous avons décrite plus haut, dans laquelle la plus grande partie du côlon sigmoïde occupe l'excavation pelvienne. Cette disposition se rencontre huit ou neuf fois environ sur dix sujets ...

» *Rapports.* — Le côlon sigmoïde, avons-nous dit plus haut, nous présente une portion iliaque et une portion pelvienne.

» La *portion iliaque* (côlon iliaque) répond, en avant, à la paroi antérieure de l'abdomen : à l'état de vacuité, elle en est séparée par un paquet plus ou moins volumineux d'anses grêles, à l'état de distension, elle lui est plus ou moins contiguë, d'où la possibilité de sentir par la palpation, à travers la paroi abdominale, les boules de matières fécales accumulées dans cette partie du gros intestin. En arrière le côlon iliaque repose successivement : 1° sur le muscle iliaque, dont il est séparé par le fascia-iliaca ; 2° sur le muscle psoas, dont il est séparé encore par le même feuillet aponévrotique ; 3° sur les vaisseaux iliaques externes, qui longent le bord interne du psoas.

» La *portion pelvienne* (côlon pelvien) repose par sa face inférieure sur les organes que renferme le bassin ou entre ces organes : chez l'homme, sur la vessie ou entre la vessie et le rectum ; chez la femme au-dessus de la vessie et de l'utérus, ou bien dans l'un des deux culs-de-sac vesico-utérin et recto-vaginal. Il est à peine besoin d'ajouter que les organes pelviens précités, en passant de l'état de vacuité à l'état de distension, refoulent en haut l'anse pelvienne du côlon sigmoïde

qui, dans ce cas peut remonter plus ou moins haut dans la cavité abdominale. Par tous les autres points de sa circonférence, le côlon pelvien est en rapport avec les anses flottantes de l'intestin grêle, ou bien encore, avec l'une des parois antérieure ou postérieure de la cavité abdomino-pelvienne. Dans certains cas, le côlon pelvien se prolonge jusque dans la fosse iliaque droite, et présente alors des rapports plus ou moins intimes avec le cœcum (1). »

Mais les vicissitudes de cette portion du gros intestin, que j'appelle côlon terminal, ne s'arrêtent point là. — M. Jonnesco dès 1889, puis en 1890-1892, détruit son unité, et le scinde résolument en deux parties absolument distinctes. Il s'appuie sur plusieurs raisons, dont la principale est que ces deux portions ne font pas corps l'une avec l'autre, étant chacune parfaitement limitée, l'une, la portion iliaque, étant très courte, fixe et presque immobile dans la fosse iliaque gauche, l'autre, la portion pelvienne, étant très longue et très mobile dans l'excavation.

Le côlon iliaque de M. Jonnesco commence à la crête iliaque et se termine sur le bord interne du psoas, il décrit le plus souvent une courbure à concavité supéro-interne, d'autres fois un angle aigu, d'autres fois encore, il est presque rectiligne : « Mais je ferai remarquer, ajoute M. Jonnesco, qu'il ne présente jamais cette inflexion en S iliaque décrite par les auteurs. » Cette affirmation doit être retenue.

Le côlon pelvien de M. Jonnesco, très mobile grâce à son long mésentère, commence sur le bord interne du psoas gauche, et se termine au rectum, sur le corps de la troisième ou quatrième vertèbre sacrée. On lui décrit trois portions et

(1) TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, tome III, fascicule II, pages 548 et suivantes, Paris 1893.

deux angles. La première portion est verticalement descendante le long du côté gauche de l'excavation. La deuxième portion est transversale ou présacrée, et traverse le bassin de gauche à droite. Le premier angle se trouve au point de réunion des deux premières portions (sinus ouvert en haut). La troisième portion se dirige en bas et à gauche, pour atteindre le rectum devant la troisième vertèbre sacrée. Le deuxième angle se trouve au point de réunion des deuxième et troisième portions de l'intestin (sinus ouvert en bas et à gauche).

Au risque de revenir sur ce qui a été signalé plus haut, je veux dire un mot sur les recherches d'Huguier, de Giraldès, de Béraud, de Bourcart et de quelques auteurs qui ont étudié la question du côlon iliaque spécialement chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge.

Dès 1808 Meckel avait remarqué qu'une partie de l'S iliaque était située dans la fosse iliaque droite. Huguier, dans une séance mémorable de l'Académie de Médecine en 1859, soutint, et s'offrit à démontrer que, chez tout enfant nouveau-né, l'S iliaque se trouve dans la fosse iliaque droite, avant de plonger dans l'excavation pelvienne, fait d'importance capitale au point de vue de l'opération d'anus contre nature chez les enfants imperforés. Il proposa d'ouvrir dans la séance suivante, devant l'Académie, le cadavre d'un enfant nouveau-né, et de constater *de visu* la situation de l'S iliaque. Ce fut pour lui l'occasion d'un succès éclatant : Ses prévisions se trouvèrent pleinement justifiées, et bien des chirurgiens, parmi lesquels Béraud et Verneuil, partagèrent son opinion et s'en servirent dans leur pratique. Cette démonstration ne fut point admise par tous ; Bastien, Curling la combattirent énergiquement. Sur 194 autopsies d'enfants en bas âge, Giraldès constata 114 fois la présence de l'S iliaque dans la fosse iliaque gauche. Curling la trouva 85 fois sur 100.

Mais la question soulevée par Huguier ne s'arrêta pas là, et, eu égard à son importance, elle eut l'honneur d'être discutée bien des fois, et tout dernièrement encore. Sappey trouva la disposition annoncée par Huguier 8 fois sur 14 fœtus à terme. Cruveilhier et un auteur allemand récent, Claudius von Samson se rangent à la description d'Huguier.

Je dois mentionner ici, la thèse de Bourcart soutenue en août 1861 devant la Faculté de Médecine de Paris. J'ai consulté ce travail, écrit plutôt dans un but opératoire et chirurgical qu'anatomique. Cet auteur a examiné 150 enfants, et il est arrivé à admettre, pour l'S iliaque, trois positions différentes : 1° *une position ascendante*, qui représente simplement la disposition de l'S iliaque dans la fosse iliaque gauche, position trouvée 111 fois ; 2° *une position transversale,* trouvée 33 fois, dans laquelle le côlon iliaque traverse la cavité abdominale et se loge dans la fosse iliaque droite ; 3° *une position descendante,* fort rare sans doute, d'après Bourcart, puisqu'il ne l'a trouvée que 6 fois, dans laquelle l'anse terminale du côlon occupe l'excavation pelvienne. Je ne voudrais pas critiquer trop sévèrement Bourcart, mais je pense qu'il n'a pas été assez éclectique dans son interprétation, et qu'il a donné des types trop tranchés, sans se douter qu'il existait bien des positions intermédiaires, et qu'un côlon terminal, pouvait occuper à la fois une position ascendante et une position transversale, ou une position transversale et une position descendante et réciproquement.

Schiefferdecker décrit trois types de côlon terminal : dans le premier type, qu'il considère comme le plus fréquent, l'anse sigmoïde occupe l'excavation pelvienne. C'est le côlon ilio-pelvien de Testut. Le second type est abdominal, et occupe la paroi postérieure de cette cavité. Le troisième type occupe encore l'abdomen, mais répond à la paroi antérieure.

C'est l'opinion de Luschka, de Trèves et aussi du professeur Testut qui considère cette disposition comme aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Enfin, citons, pour terminer cet historique, l'opinion de M. Jonnesco qui divise l'anse sigmoïde du côlon de l'enfant en deux portions, l'une prépelvienne ou abdominale, située tantôt dans l'abdomen, tantôt dans la fosse iliaque droite; l'autre intra-pelvienné, rectiligne ou flexueuse, dirigée de droite à gauche vers la troisième vertèbre sacrée.

Telles sont les opinions des divers auteurs qui ont écrit sur la question. Je donnerai au Chapitre II le résultat de mes recherches personnelles sur ce sujet, et tâcherai d'en dégager une conclusion pratique, qui se rapprochera plus ou moins d'une de celles que je viens d'exposer.

FOSSETTE INTERSIGMOIDE

La connaissance de la fossette intersigmoïde est de date assez récente. W. Gruber l'a décrite le premier sous le nom de *retroeversio hypogastrica sinistra-S inferior sinistra* :

Le grand anatomiste russe a parfaitement vu tout l'intérêt qui s'attachait à ce repli péritonéal inconnu avant lui, et dans une série de travaux remarquables, il a essayé de donner une description exacte de ce recessus sous-mésentérique; il a étudié la fossette à son point de vue topographique et embryologique; il en a décrit la forme et les caractéristiques normales; il a de plus signalé des anomalies telles que fossettes bicornes avec un orifice unique et fossettes doubles.

L'étude de cette région a été poursuivie ensuite bien plus à l'étranger qu'en France. Les anatomistes français ne s'en sont occupé que longtemps après. A la suite de Gruber, toute une pléïade d'auteurs anglais et allemands, parmi lesquels

je citerai Hensing, Trèves, Engel, Waldeyer, Gegenbaur, reprirent les recherches du professeur de Saint-Pétersbourg, et fournirent chacun leur rapport à l'élucidation de ce point encore obscur d'anatomie. Mais ils furent diversement heureux dans leurs travaux et les divergences commencèrent lorsqu'il s'agit de préciser le lieu de formation de la fossette. Waldeyer et Trèves et avec eux Gegenbaur voulaient que le recessus se développât entre les deux feuillets du méso-côlon. Leur hypothèse fut renversée par Toldt qui démontra, en 1879, que la fossette naissait sous le méso-côlon, entre le feuillet postérieur de celui-ci et le péritoine pariétal. Il était réservé à un auteur français, à Jonnesco, de vérifier et de démontrer, d'une manière définitive, l'exactitude de cette opinion. Pour les détails de ces débats, je renvoie au Chapitre III où la fossette est particulièrement étudiée. D'autres auteurs français, parmi lesquels Rogie et Pérignon, se livrèrent ensuite à des recherches sur la fossette intersigmoïde.

Avant d'entrer dans les descriptions de ce repli péritonéal, données par les auteurs récents, il est intéressant de rechercher comment était envisagé le péritoine du côlon terminal par les anatomistes anciens qui ne connaissaient pas notre fossette. Il est, en effet, logique de se demander comment ces auteurs comprenaient la distribution du péritoine de cette région, avant la science exacte et les belles descriptions que nous possédons aujourd'hui des feuillets séreux qui entourent et fixent cette portion du gros intestin.

Sans remonter très haut, je m'adresserai à quelques anatomistes connus du siècle, français de préférence, je noterai leur description du méso-côlon iliaque, les citant tour à tour pour bien montrer que, si le gros fait anatomique d'un repli séreux enveloppant l'intestin et lui laissant une mobilité rela-

tive, est connu depuis une date fort ancienne, la description n'en laisse pas moins à désirer, les mêmes incertitudes et les mêmes erreurs, une fois admises, se perpétuant presque indéfiniment, sans contrôle. Je commence cette revue historique par l'un des premiers anatomistes du siècle : je veux parler de Bichat. Voici les courtes lignes qu'il consacre au méso-côlon iliaque :

« Quant au méso-côlon iliaque, le péritoine lui forme un mésentère propre, disposé comme celui de l'intestin grêle et offrant également un petit espace triangulaire dans l'endroit où les feuillets s'écartent pour se porter sur lui (1). »

On voit que cette description est plutôt rapide, et je ne dois point m'attacher à faire ressortir tout ce qui lui manque.

Cruveilhier n'est guère plus explicite, autant dire qu'il l'est moins :

« Maintenu dans sa position par un repli du péritoine très lâche appelé méso-côlon iliaque, l'S iliaque partage jusqu'à un certain point la mobilité de l'intestin grêle (2). »

Dans l'ouvrage d'anatomie topographique de M. Paulet, la description n'est pas plus satisfaisante. Nous y retrouvons mentionnée la longueur plus prononcée de ce méso que l'auteur développe ensuite dans des considérations d'ordre opératoire et chirurgical, dans lesquelles nous n'avons pas à entrer.

Il nous faut arriver jusqu'au bel ouvrage du professeur Sappey, pour trouver enfin une description un peu fouillée qui s'écarte des errements anciens. Je considère, en effet, la simple description de ce grand anatomiste comme décisive,

---

(1) Bichat. — *Anatomie descriptive*, Paris, 1829, tome III, page 480.

(2) J. Cruveilhier. — *Traité d'Anatomie descriptive*, 4me édition, page 161, Paris, 1865-68.

et je pense qu'elle contient en germe toutes les théories actuelles. La voici :

« Région iliaque gauche. — A gauche, la séreuse remonte sur le fascia iliaca, se continue en haut avec le feuillet externe du méso-côlon descendant, et rencontre alors les vaisseaux destinés à l'S iliaque. Ne pouvant poursuivre son trajet ascendant, elle se réfléchit sur ces vaisseaux, les accompagne jusqu'à l'intestin qu'elle contourne, et recouvre ensuite leur partie antérieure pour s'unir en haut, soit avec le feuillet interne du méso-côlon descendant, soit avec le feuillet gauche ou mésentère. En un mot, elle se comporte dans la région iliaque gauche, comme la zone ombilicale dans la région lombaire correspondante. De même que celle-ci entoure le côlon, en lui formant un pédicule membraneux, de même aussi elle entoure l'S iliaque en lui formant un repli, le méso-côlon iliaque, qui fait suite au précédent, mais qui est beaucoup plus long, d'où la mobilité plus grande aussi de la portion iliaque de l'intestin (1). »

Après ces lignes si nettes et si vraies, il nous faudra passer en revue bien des anatomistes avant de trouver une description qui s'en approche. Les autres auteurs, Tillaux, Beaunis et Bouchard, Debierre, Fort, etc., ne donnent pas de description nouvelle, et la question demeure là pour un certain temps.

Mais une ère nouvelle a commencé qui a rompu avec ces expositions routinières et complaisantes. Voici dans le *Traité d'Anatomie humaine*, de M. le professeur Testut, la page qu'il écrit sur le péritoine du côlon ilio-pelvien. Je ne saurais mieux faire que de la citer tout entière :

« Péritoine du colon ilio-pelvien. — La première portion

(1) Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive*, tome IV, pages 807-808. Paris 1879.

du côlon ilio-pelvien, celle qui s'étend de la crête iliaque au bord interne du psoas, ne diffère pas, en ce qui concerne ses rapports avec le péritoine du côlon descendant auquel il fait suite, et l'on comprend parfaitement que certains anatomistes aient agrandi le côlon descendant en lui incorporant cette portion du côlon iliaque. Sur toutes les autres portions du côlon ilio-pelvien, le péritoine se comporte absolument de la même façon que l'intestin grêle. Il revêt successivement sa face supérieure, son bord antérieur, sa face inférieure et, s'adossant lui-même au niveau du bord postérieur, il forme un long et large repli, le *méso-côlon ilio-pelvien* ou *sigmoïde* qui vient se fixer d'autre part à la paroi postérieure de la cavité abdomino-pelvienne.

» Le méso-côlon ilio-pelvien, très court au niveau de son origine dans la fosse iliaque gauche, s'allonge graduellement, de façon à atteindre son maximum de développement à la partie moyenne de l'anse pelvienne. Puis il diminue peu à peu en se rapprochant du rectum, devient de nouveau très court au voisinage de cet organe et se termine au niveau de de la troisième vertèbre sacrée. Son insertion pariétale, très régulière mais entièrement fixe, est représentée par une ligne plusieurs fois coudée qui s'étend de la fosse iliaque gauche à la concavité du sacrum. Cette ligne, partie du bord interne du psoas, croise tout d'abord de gauche à droite la face antérieure de ce muscle; puis se redressant et suivant son bord interne, elle se porte obliquement de bas en haut et de dehors en dedans. Elle remonte ainsi jusqu'à la hauteur de la quatrième ou même de la cinquième vertèbre lombaire. S'infléchissant alors en bas et en dedans, elle croise successivement l'artère iliaque primitive gauche et le flanc gauche de la cinquième lombaire, atteint le plan médian au niveau de l'angle sacro-vertébral et descend alors, en suivant ce plan

médian, jusqu'à la troisième vertèbre sacrée où finit le repli péritonéal (1). »

La question en était là, quand a paru le *Traité d'Anatomie humaine*, de Poirier, dans lequel M. Jonnesco, ayant scindé la portion du gros intestin comprise entre le côlon lombaire gauche et le rectum, en deux segments plus petits, scission nécessaire à son avis, a donné de l'ancien méso-côlon iliaque, une description nouvelle, qui comprend l'étude du méso-côlon iliaque, entourant et fixant dans la fosse iliaque gauche, la portion iliaque du gros intestin, et l'étude du méso-côlon pelvien entourant cette anse sigmoïde située dans le petit bassin, à laquelle M. Jonnesco a donné une individualité propre. Dans ce chapitre tout historique, je n'ai pas à me prononcer encore, ni à prendre parti pour ou contre cette manière d'étudier et de comprendre la terminaison du côlon, me réservant de le faire au chapitre suivant, en y apportant toutes les restrictions que nécessite mon étude spéciale à l'enfant. Pour l'instant, je me bornerai à donner de ce méso-côlon iliaque un résumé rapide, comme je donnerai plus loin, au Chapitre III, un résumé du méso-côlon pelvien du même auteur.

Chez l'embryon, le côlon iliaque, complètement entouré par le péritoine, est rattaché à la paroi abdominale postérieure par le mésentère terminal primitif. Selon que le méso primitif disparaît ou non, que ce processus de soudure s'opère ou non, la portion iliaque est ou non fixée au péritoine pariétal iliaque. Chez le nouveau-né, la portion iliaque du côlon est encore libre et mobile. C'est chez l'enfant, et quelquefois même chez l'adulte, que le côlon iliaque acquiert sa

(1) TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine*, tome III, fascicule II, pages 566-567. Paris 1893.

disposition définitive. Ordinairement tout le côlon iliaque est soudé et adhérent.

Après cette rapide esquisse des différentes manières d'envisager le péritoine du côlon terminal, connaissant bien le rôle et la distribution des feuillets de la séreuse dans cette région, je reviens à la fossette intersigmoïde un instant délaissée, mais non perdue de vue, et je vais donner *in extenso* la description que j'en trouve dans les deux ouvrages classiques de Testut et de Poirier. Je commence par celle du professeur de Lyon, la plus ancienne en date.

« Fossette intersigmoide. — Lorsqu'on renverse en haut le côlon ilio-pelvien et son mésentère, on constate au niveau de l'artère iliaque primitive gauche, un peu au-dessus de sa bifurcation, l'existence d'un orifice circulaire, dont le diamètre varie ordinairement de 10 à 15 millimètres. Cet orifice nous conduit dans une cavité en forme de cul-de-sac ou d'entonnoir : c'est la *fossette intersigmoïde*, signalée depuis longtemps par Hensnig et par Roser, décrite à nouveau dans ces derniers temps par Treitz, Waldeyer, Trèves, Toldt, Jonnesco, Rogie, etc. Son ouverture regarde en bas et un peu à gauche. Elle est ordinairement située au niveau même de l'insertion pariétale du méso-côlon ; plus rarement on la voit s'écarter de ce bord pour se rapprocher plus ou moins de l'intestin. Elle est délimitée en haut par le feuillet postérieur du méso-côlon ilio-pelvien, en bas par un repli semi-lunaire à concavité dirigée en haut, qui est une dépendance du péritoine pariétal.

» L'espèce d'entonnoir qui fait suite à cet orifice et qui constitue notre *fossette intersigmoïde* se dirige obliquement de bas en haut et de gauche à droite, en suivant par conséquent la même direction que l'artère iliaque primitive gauche. Il est situé, non pas entre les deux feuillets du méso-côlon

ilio-pelvien, comme l'écrivent à tort certains auteurs, mais entre ce méso et la paroi abdominale. Sa profondeur varie beaucoup suivant les sujets : elle est habituellement de 5 ou 6 centimètres ; mais elle peut dépasser de beaucoup ce chiffre et l'on a signalé des cas où le sommet de la fossette remontait jusqu'à la troisième portion du duodénum.

» L'orifice d'entrée de la fossette intersigmoïde est pour ainsi dire entouré par une couronne d'artères. Au-dessous de lui se trouve l'artère iliaque primitive ou ses deux branches de bifurcation ; au-dessus, l'artère hémorrhoïdale supérieure qui descend vers le rectum et les trois artères dites sigmoïdes qui se distribuent au côlon ilio-pelvien. C'est à la présence de ces derniers vaisseaux que serait due, d'après Waldeyer et Trèves, la formation de la fossette intersigmoïde. Pour Toldt (et Rogie et Pérignon se rangent à sa manière de voir) cette fossette résulterait d'un défaut de coalescence à son niveau, du mésentère primitif avec le péritoine pariétal (1). »

Voici maintenant le chapitre de Jonnesco sur le même sujet dans le *Traité d'Anatomie humaine,* de Poirier.

« Fossette intersigmoide (*retroeversio hypogastrica sinistra S inferior sinistra*, W. Gruber). — En attirant le côlon pelvien et son méso en haut et en avant, on aperçoit presque toujours, sur la face postérieure du méso-côlon au niveau de son bord pariétal ou racine, un orifice qui conduit dans un cul-de-sac séreux : c'est l'orifice d'entrée de la fossette intersigmoïde. Celle-ci est presque constante ; 70 0/0 (60 0/0 W. Gruber, 62 0/0 Trèves, 84 à 85 0/0 Waldeyer). Son orifice occupe l'angle occupé par les deux segments du bord parié-

(1) Testut. — *Traité d'Anatomie humaine*, tome III, fascicule II, pages 565 et suivantes. Paris 1893.

tal du méso-côlon pelvien ; il siège sur le bord interne du psoas devant l'artère iliaque primitive gauche ou devant le point où celle-ci se bifurque au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Arrondi ou ovalaire il est de largeur variable : le plus souvent il admet la dernière phalange de l'index, quelquefois celle du pouce et même trois doigts (1 pouce de haut sur 3 pouces de large, Waldeyer).

» En haut et en avant, à droite et à gauche, il est limité par le méso-côlon dans l'épaisseur duquel cheminent les trois artères sigmoïdes qui entourent l'orifice. En bas ou en arrière, il est limité par le péritoine pariétal, derrière lequel glisse l'artère iliaque primitive ou ses branches et l'uretère gauche. Souvent le feuillet péritonéal est soulevé à ce niveau en un pli plus ou moins saillant, falciforme (Engel, Gruber, Waldeyer, etc.) qui rétrécit l'orifice. Ce pli peut être exagéré par des tractions exercées sur le méso-côlon ; cela surtout chez les nouveau-nés et les enfants chez lesquels le péritoine pariétal est très mobile. Cet orifice donne accès dans une fossette très profonde, véritable *canal* ou *tunnel*, insinué entre le méso-côlon pelvien et le péritoine pariétal. Ce canal infundibuliforme ou en entonnoir, plus large à son entrée, présente une longueur variable de 3 à 10 centimètres (1 à 1 1/2 pouce, Trèves) il longe le bord interne du psoas et l'artère iliaque primitive gauche. Son fond s'arrête le plus souvent au niveau de la bifurcation de l'aorte contre la portion horizontale ou prévasculaire du duodénum. Quelquefois il va plus loin et peut atteindre le bord du pancréas (Engel, Broesike, Rogie). Sa paroi antérieure ou supérieure est formée par les deux feuillets du méso-côlon pelvien entre lesquels cheminent les vaisseaux sigmoïdes : la paroi postérieure profonde ou inférieure est formée par le péritoine pariétal sous lequel chemine l'uretère gauche. En dedans

la fossette est limitée par la réflexion du feuillet postérieur ou profond du méso-côlon pelvien dans le feuillet péritonéal pariétal, en dehors par l'accolement du même feuillet du méso-côlon avec le péritoine pariétal.

» Hensing, W. Gruber signalent des fossettes à deux branches avec orifice unique. W. Gruber, Waldeyer décrivent des fossettes doubles, Brœsike a vu, dans un cas, quatre fossettes séparées par des ponts séreux. Dans quelques cas j'ai trouvé au lieu de la fossette intersigmoïde type, une autre fossette qui en diffère notablement : son orifice très large (4 à 5 centimètres) est situé sur le bord interne du psoas, à une certaine distance en avant de la symphyse sacro-iliaque gauche, au niveau du détroit supérieur. Ovalaire, allongé d'avant en arrière, il est limité : en haut, par le segment gauche du bord pariétal du méso-côlon pelvien (racine secondaire) ; en bas, par le péritoine pariétal. La fossette elle-même occupe une grande partie de la fosse iliaque gauche. Elle s'insinue entre une partie du méso-côlon iliaque qui n'est pas soudée à la paroi iliaque et le péritoine pariétal iliaque...

» L'orifice de la fossette intersigmoïde, dans la situation normale du côlon pelvien, est caché par le méso-côlon pelvien. Mais, quand l'intestin se redresse dans l'abdomen, il devient libre. Aussi les anses intestinales grêles peuvent s'y engager et constituent une variété de H.rétro-péritonéale : la H.intersigmoïde très rare et dont j'ai rapporté deux cas seulement (1) ». (H.internes, etc., 1890).

Voilà où en est la question à l'heure actuelle ; je tâcherai de combler par mes recherches personnelles, les quelques lacunes que présentent encore les descriptions précédentes.

(1) Jonnesco. — In *Traité d'anatomie humaine*, de Poirier, tome IV, pages 347 et suivantes, Paris.

CHAPITRE II

LE COLON TERMINAL

Lorsque j'ai entrepris l'étude du segment du tube digestif compris entre le côlon lombaire gauche et le rectum, j'ai été étonné de l'innombrable quantité de dénominations employées pour désigner une seule et même région. L'S iliaque ne suffisait plus aux besoins de la description : c'étaient l'S romaine, l'anse sigmoïde, la flexure sigmoïde, l'anse oméga de Trèves, la flexura sigmoïdea coli de Von Samson, le côlon ilio-pelvien de Testut, le côlon iliaque et surtout le côlon pelvien de Jonnesco. Mais je le fus bien davantage, lorsque, ayant commencé mes recherches, je me trouvai aux prises avec les difficultés de la pratique et livré à mes propres ressources. C'est alors que je songeai à substituer, pour moi seul, à toute cette série de noms variés, un terme absolument vrai au point de vue anatomique, qui ne préjugeât en rien de la situation et des rapports du gros intestin, et que, le moment venu, je pus sans regret, remplacer par celui que, parmi tant d'autres, j'aurais reconnu à la faveur de mes recherches, le plus exact. J'employai donc cette expression de *côlon terminal*, comme terme provisoire devant disparaître dans un bref délai, comme une expression simple, abrégée pour ainsi dire, destinée à faciliter ma tâche et à me servir de travée directrice, de fil conducteur pour me guider à travers le dédale des

dénominations classiques ou fantaisistes résultant plus souvent d'une querelle de mots que d'une querelle de faits. Mais, à mesure que j'avançais dans ce travail, à mesure que mes observations sur l'intestin de l'enfant devenaient plus nombreuses, mes incertitudes croissaient et j'éprouvais de véritables difficultés lorsqu'il s'agissait de rattacher à tel ou tel type connu, la variété anatomique que j'avais sous les yeux.

Aussi, me suis-je décidé à me servir de ce terme familier de côlon terminal pour désigner chez l'enfant la portion de l'intestin qui nous occupe. Je ne proposerai certainement pas d'étendre cette dénomination à l'adulte, encore qu'elle n'offrit que des avantages, dont le moindre serait de mettre tout le monde d'accord, par l'adoption d'un terme plus nouveau et plus modeste qui, je le répète une fois encore, ne préjugerait en rien de la longueur, de la forme, de la mobilité, de la situation et des rapports de ce segment de l'intestin. Mais c'est surtout chez l'enfant, et chez l'enfant en bas âge que la nécessité d'une pareille appellation s'est imposée et m'a paru indiscutable, car il suffit d'avoir pratiqué quelques autopsies d'enfants pour se rendre compte que c'est vraiment folie de vouloir décrire un côlon iliaque définitif, et le réduire à un type unique. Bien d'autres raisons m'ont fait adopter ce terme nouveau : l'une des meilleures est une raison anatomique tirée de la distribution des artères dans cette région. En effet, toute cette portion du côlon, actuellement désignée sous le nom de côlon ilio-pelvien, qui remplace l'S iliaque, est arrosée par deux troncs artériels qui lui sont spécialement dévolus : l'artère colique moyenne gauche et l'artère colique inférieure gauche. Ces deux portions iliaque et pelvienne que quelques auteurs veulent séparer à tout prix, doter d'une personnalité propre, sont les parties les plus riches en vaisseaux sanguins de tout le gros intestin et unies

entre elles par d'innombrables anastomoses artérielles et veineuses. L'artère colique moyenne gauche circule tantôt sous le méso-côlon de la portion iliaque, tantôt sous le méso-côlon de la portion pelvienne, tantôt à la limite de ces deux parties. Tout cela forme un petit système artériel bien à part, bien déterminé, que je juge inutile de diviser. Il en est de même des veines. Elles se réunissent en un tronc commun auxquelles se joignent des veines hémorrhoïdales de l'anus et du rectum pour former les origines inférieures de la petite mésaraïque.

Pour toutes ces raisons, je propose donc d'appliquer chez l'enfant, la dénomination de côlon terminal à cette partie du gros intestin, dénomination commode autant que réservée, puisqu'on peut à sa faveur décrire tous les types, admettre toutes les variétés, même les plus diverses. Je ne voudrais pas que l'on crût que, sous couleur de simplifier la description de ce point d'anatomie, je veuille l'enrichir sans but d'une désignation nouvelle, je veux simplement tâcher de mettre en garde contre les causes d'erreur et prévenir des confusions souvent inévitables.

Ceci bien établi, je vais exposer mes recherches personnelles sur le côlon terminal de l'enfant. J'essaierai de déterminer d'une manière aussi exacte que possible quelles sont : sa longueur, sa situation, sa forme et ses rapports. A la suite de l'examen approfondi de 35 observations que j'ai recueillies, je suis arrivé à distinguer pour le côlon terminal de l'enfant, trois types bien différents de ceux que créèrent Bourcart et Schiefferdecker.

La description de ces types et la proportion de leur fréquence respective montreront combien il est imprudent de vouloir assigner au côlon terminal du nouveau-né une situation unique et une forme typique.

J'admets donc trois types distincts de côlon terminal, basés comme ceux de tous les auteurs, du reste, sur sa situation du gros intestin. Leur nom indique suffisamment leur situation.

1° Le côlon ilio-abdominal ;

2° Le côlon ilio-pelvien ;

3° Le côlon ilio-abdomino-pelvien.

Dans ce qui va suivre, je me contenterai d'indiquer le degré de fréquence de chacun de ces types dans mes observations ; puis, je décrirai successivement et aussi succinctement que possible les trois portions iliaque, abdominale et pelvienne, indiquant leur forme, leur longueur, leur situation, leur trajet et leur rapports.

1° Colon ilio-abdominal. — J'ai trouvé le côlon ilio-abdominal 10 fois sur 35 autopsies. Nous verrons plus loin la longueur, le trajet et les rapports de ses deux parties constituantes : disons seulement qu'il s'abouche avec le rectum après avoir parcouru un trajet pelvien, forcément très court, mais je pense qu'on peut à bon droit le négliger, car il mesure à peine 3 ou 4 millimètres et ne dépasse jamais 6 millimètres, auquel cas il deviendrait ilio-abdomino-pelvien.

2° Colon-ilio-pelvien. — C'est le type que M. le professeur Testut croit le plus fréquent tant chez l'adulte que chez l'enfant : c'est en effet le plus fréquent, mais je ne peux admettre sa proportion de 85 à 90 0/0 car je ne l'ai rencontré que 13 fois sur 35.

3° Colon ilio-abdomino-pelvien. — Ce type de côlon est peu connu, je crois bien qu'il n'a jamais été décrit. On verra, au détail de mes observations au Chapitre IV, que je ne pouvais pas ne pas le décrire, ce côlon étant à la fois à résidences iliaque, abdominale et pelvienne et sur une longueur vraiment trop considérable pour être laissée de côté.

Je l'ai trouvé 9 fois, ce qui n'est ni fortuit ni négligeable

Restent trois observations qui ne figurent pas dans la statistique précédente : dans l'une (Observation XIV) il ne me fut pas possible, pour une circonstance quelconque, de pratiquer une autopsie complète : les deux autres sont des raretés, des anomalies, que je n'ai vu décrites nulle part. Dans l'Observation X, chez un enfant mort de syphilis constitutionnelle, le côlon siège bien dans la fosse iliaque, dans l'abdomen et le petit bassin, mais il est pelvien avant d'être abdominal, c'est-à-dire qu'il descend de la fosse iliaque dans le bassin d'où il remonte dans l'abdomen, y forme une vaste coudure, puis redescend une seconde fois dans l'excavation : il est ilio-pelvi-abdominal. (Voir les détails au Chapitre IV.) L'Observation XI est aussi intéressante en ce sens que le côlon terminal est entièrement abdominal, il n'est pas iliaque et n'est pas pelvien. Cette disposition anormale tient à un ptose des reins. (Voir même chapitre.) Etudions maintenant les différentes portions de notre côlon terminal.

Portion iliaque. — La portion iliaque, comme son nom l'indique, est située dans la fosse iliaque gauche, mais sa situation même dans cette fosse iliaque est variable : elle est tantôt *antérieure* décrivant une courbe à concavité supéro-interne sous la paroi antérieure de l'abdomen, tantôt *moyenne*, auquel cas elle est le plus souvent rectiligne et partage la fosse iliaque en deux parties égales, tantôt enfin, *postérieure*, contre la paroi abdominale postérieure près de la colonne vertébrale et commençant à l'échancrure sacro-iliaque et finissant à la symphyse sacro-iliaque droite ; il suit, dans ce cas, la courbure de l'os iliaque et décrit une concavité antérieure.

Cette portion part généralement de la crête iliaque, parcourt la fosse iliaque dans toute sa largeur et vient aboutir

sur le bord interne du muscle psoas et sur les vaisseaux iliaques externes : elle a une direction oblique de haut en bas, de gauche à droite et de dehors en dedans.

La longueur de cette portion chez le nouveau-né oscille entre 3 centimètres et 7 cent. 5, ce qui fait une moyenne de 5 cent. 25. Les longueurs extrêmes sont de 2 cent. 3 et 8. Ce côlon iliaque est naturellement constant : cependant j'ai trouvé, dans un cas digne d'être rapporté et déjà cité, un côlon qui partait du hile du rein gauche et atteignait le rein droit sans passer par la fosse iliaque.

Rapports. — La portion iliaque est en rapport :

En avant et en haut avec l'intestin grêle et la paroi abdominale.

En arrière et en bas avec les organes contenus dans la fosse iliaque dont elle est séparée par le fascia iliaca : muscle iliaque, psoas, uretère gauche, nerfs fémoro-cutané, crural, génito-crural, vaisseaux spermatiques, artère iliaque externe, méso-côlon iliaque.

A gauche avec la crête iliaque et la paroi iliaque.

A droite avec le méso-côlon iliaque, le bord inférieur du rein gauche, l'intestin grêle.

Portion abdominale. — On conçoit aisément que c'est cette portion qui occupe la position la moins déterminée, car elle jouit d'une mobilité plus grande, grâce à la longueur de son méso et au plus vaste champ d'évolution qui lui est laissé. C'est, d'ailleurs, une disposition extrêmement fréquente chez le nouveau-né à cause de l'exiguité de l'excavation pelvienne. Cette situation abdominale représente un état intermédiaire, car il arrive que plus tard, par suite de l'accroissement de l'excavation pelvienne d'une part, du tiraillement exercé par l'allongement de tout le gros intestin, ou mieux par suite de la brièveté du méso-côlon lombaire gauche, d'autre part, il

se peut, dis-je, que la portion abdominale glissant en bas dans le petit bassin, ou étant attirée en haut, abandonne sa situation abdominale dans laquelle elle se trouvait provisoirement, pour se partager entre les portions adjacentes, s'incorporer à elles et devenir franchement ilio-pelvienne.

J'ai recherché si le sexe ne pouvait avoir d'influence sur le développement de ce type abdominal, car j'avais pensé que, chez la petite fille, les organes génitaux internes pouvaient chasser hors du petit bassin une partie du côlon terminal et le forcer à chercher un refuge dans la cavité abdominale. Mon attente a été trompée car, sur les 19 cas de côlon à résidence abdominale, il n'y a que 9 enfants du sexe féminin.

Il n'est pas possible de lui attribuer une situation fixe, car on peut le rencontrer dans tous les points de l'abdomen : tantôt il remonte assez haut dans la cavité, ne dépassant pas la colonne vertébrale, tantôt il parcourt le diamètre transverse du détroit supérieur, allant ou non s'étaler sous la fosse iliaque droite, car il n'est pas nécessaire, comme paraissaient le croire Huguier, Béraud et d'autres encore, qu'un côlon pour être abdominal, repose dans la fosse iliaque droite. Il affecte les formes les plus variées, tantôt contourné en Ω, tantôt en V, tantôt en U. On le trouve placé de champ dans la cavité abdominale, entouré d'anses grêles, ou adossé à la paroi iliaque du côté droit ou encore directement sous la paroi abdominale antérieure. Dans l'Observation X, le côlon terminal après avoir fait une incursion dans le petit bassin, devient abdominal et va s'étaler dans la fosse iliaque gauche, où il recouvre la portion iliaque gauche.

C'est la plus longue des portions du côlon. La longueur varie entre 5 centimètres, développement minimum, 12 cent. 5 développement maximum.

Rapports variables, comme sa situation elle-même. Cependant on peut généralement lui assigner comme rapports :

En avant : l'intestin grêle, la paroi abdominale.

En arrière : la paroi postérieure des fosses iliaques, la colonne vertébrale, la bifurcation de l'aorte, l'intestin grêle, les uretères, les psoas, les vaisseaux iliaques primitifs, les organes rétro-mésentériques, et son méso-côlon abdominal.

Latéralement elle est en rapport avec l'intestin grêle, et avec les organes de la fosse iliaque qu'elle habite.

Portion pelvienne. — Elle occupe la cavité du petit bassin, mais dans des proportions qui n'ont rien de déterminé. Parfois elle l'occupe en entier, comblant toute l'excavation par une ou plusieurs sinuosités à concavité regardant généralement en haut ; d'autres fois elle descend du bord interne du psoas gauche accolée à la paroi interne de l'excavation, puis se rend au rectum sans sinuosité très marquée, d'autres fois encore elle réalise exactement le type de l'anse pelvienne décrite par le professeur Testut et par Jonnesco, avec ses trois directions et ses deux angles.

Sa longueur varie de 3 cent. 8 à 9 centimètres, cependant elle atteint parfois 11 centimètres, 11 cent. 5, et même 12 centimètres. On verra d'ailleurs le détail de ces mensurations au chapitre des observations.

Rapports. — *En avant* la portion pelvienne est en contact avec la vessie, l'utérus et les ligaments larges chez la petite fille, que sa présence peut même refouler, comme dans un cas où l'utérus et les ligaments larges étaient placés de champ dans le sens antéro-postérieur dans l'excavation pelvienne. Souvent quelques anses d'intestin grêle s'insinuent entre ces organes et le côlon pelvien et affectent avec lui des rapports étroits.

En arrière la portion pelvienne est en rapport avec son

méso-côlon, la paroi sacrée, l'ampoule rectale, l'artère sacrée moyenne, les muscles pyramidaux, l'artère et les veines hémorrhoïdales supérieures.

De chaque côté elle touche aux vaisseaux hypogastriques et à leurs branches, au nerf obturateur interne, à l'uretère, à l'acétabulum, au releveur de l'anus.

En haut elle est recouverte par les portions abdominale et iliaque et par les anses de l'intestin grêle.

En bas cette portion repose sur le plancher pelvien.

Telle est dans son ensemble la description du côlon terminal chez l'enfant. Je la crois conforme à la réalité des faits.

CHAPITRE III

La fossette intersigmoïde

Avant d'entrer dans le détail de mes recherches personnelles, qu'il me soit permis de revenir un instant sur ce qui a été dit au chapitre de l'historique au sujet du cul-de-sac péritonéal qui nous intéresse. Nous avons vu que son histoire est courte et sa description relativement récente. Nombre d'anatomistes étrangers, auxquels se sont joints dans la suite plusieurs auteurs français, ont écrit et interprété diversement ce recessus sous-mésentérique, cette fossette intersigmoïde qui nous occupe (1). Si les ouvrages classiques, vieux déjà de quelques années, sont muets sur ce point d'anatomie topographique, nous avons vu que le professeur Testut et M. Jonnesco dans le *Traité d'anatomie humaine*, de Poirier, font à notre fossette les honneurs d'une description. Le savant professeur de Lyon avec son exposition si simple et si nette, sa science si claire et si française et M. Jonnesco avec une méthode moins attrayante au premier abord, d'aspect plus aride, mais combien exacte et précise, ont tous deux essayé d'arrêter définitivement le type, la situation, la forme et les rapports de la fossette intersigmoïde.

(1) J'ai l'intention de laisser de côté les auteurs anglais et allemands me réservant exclusivement l'étude de nos auteurs.

M. Jonnesco, dans une série de recherches entreprises dès 1889, poursuivies en 1890-1892, a étudié cette région, l'a décrite au point de vue anatomique et pathologique (Hernie rétro-péritonéale — hernie intersigmoïde) mais surtout au point de vue embryologique, ce qui l'a conduit à vérifier et à démontrer la théorie de Toldt, énoncée au Chapitre premier sur laquelle je reviendrai tout-à-l'heure. Et cependant malgré les études de ces anatomistes distingués, en dépit des apparences qui semblent décourager toute nouvelle tentative entreprise sur les traces de tels prédécesseurs, je ne crois pas que la question soit irrévocablement fixée dans tous ses détails; bien des points demeurent encore à élucider, bien des incertitudes à préciser. J'ai tenu à citer mot pour mot l'opinion de ces auteurs en ce qui concerne l'anatomie descriptive, et à n'omettre aucun détail, pour déceler quelles lacunes comporte encore la question, pour montrer combien cette étude est vague et plutôt esquissée en certains endroits. Le premier de ces auteurs surtout parle bien de rapports, mais avec si peu de précision que l'on ne peut guère être fixé. La situation de la fossette, sa profondeur, sa forme, les limites de son orifice, sont autant de points à préciser, à établir d'une manière définitive autant que possible. Il en est de même pour les vaisseaux. On a bien jusqu'ici décrit trois artères sigmoïdes gauche, moyenne et droite, mais sans s'inquiéter si cette disposition était constante, si le nombre, le trajet, le volume, les rapports, les ramifications de ces artères étaient ou non invariables. La même lacune existe pour les veines et pour les nerfs; remarquons aussi que les lymphatiques de cette portion du mésentère sont aussi peu étudiés, alors qu'il est logique *à priori* de penser que l'existence de ce repli péritonéal force les vaisseaux lymphatiques du côlon terminal à se dévier pour circuler

autour du recessus, à se tasser en certains points, tassement forcé, conséquence nécessaire de l'existence de la cavité et du repli intersigmoïdien. Je tacherai donc dans ce chapitre, m'appuyant sur mes observations personnelles, de fixer d'une manière complète et adéquate tout ce qui est d'ordre descriptif dans cette partie de mon sujet ; je m'efforcerai d'assigner à la fossette intersigmoïde une situation, une forme, des limites et des rapports définitifs, de fournir une description moyenne, celle qui m'aura paru le plus fréquemment réalisée, me réservant de signaler les écarts notables du type classique et les anomalies intéressantes, m'en référant toujours du reste aux travaux de mes devanciers et n'oubliant pas que toutes mes recherches s'adressent seulement à l'organisme enfant et non à l'organisme adulte.

Poursuivant le même plan que j'ai suivi plus haut au chapitre de l'historique, je m'occuperai tout d'abord du péritoine du méso-côlon terminal avant de parler de la fossette. Mais, puisque le nombre limité de mes recherches et surtout le temps dont je disposais, ne m'ont pas permis d'étudier sur un nombre aussi considérable de sujets que je l'aurais désiré, cette question du méso-côlon, il me faudra du moins prendre un parti, adopter une description classique, celle qui m'aura paru la plus exacte.

Je crois qu'il est inutile de revenir sur les descriptions anciennes de Bichat, de Cruveilhier, de Paulet, etc., exposées dans un des chapitres précédents : ces auteurs parlent d'un méso-côlon iliaque retenant l'S iliaque, et il est démontré que l'S iliaque n'existe pas ; du moins M. Jonnesco la nie et M. Testut la considère comme fort rare. Quelques lignes de Sappey marquent un pas en avant dans la connaissance de ce méso-côlon et laissent soupçonner qu'il avait entrevu la fossette : « A gauche la séreuse remonte sur le fascia iliaca,

se continue en haut avec le feuillet externe du méso-côlon descendant et rencontre alors les vaisseaux destinés à l'S iliaque. Ne pouvant poursuivre son trajet ascendant elle se réfléchit sur ces vaisseaux, les accompagne jusqu'à l'intestin, qu'elle contourne, et recouvre ensuite leur partie antérieure pour s'unir en haut, soit avec le feuillet interne du méso-côlon descendant, soit avec le feuillet gauche ou mésentère. »

Les descriptions récentes sont plus satisfaisantes et c'est à l'une d'elles que je m'arrêterai. J'emprunte celle de M. Jonnesco et la résume :

Le côlon terminal est entouré par le péritoine, et rattaché à la paroi abdominale et pelvienne par le méso-côlon terminal.

Ce méso-côlon est un large éventail offrant :

1° Un bord pariétal qui, naissant sur la face antérieure du psoas, remonte le long du détroit supérieur, des vaisseaux iliaques externes et spermatiques, de la colonne vertébrale, de la quatrième vertèbre lombaire environ, où il se coude brusquement en bas pour redescendre verticalement sur la paroi lombaire et se terminer sur le corps de la troisième vertèbre sacrée. La portion ascendante est désignée par M. Jonnesco, à la suite de considérations d'ordre embryologique, sous le nom de racine secondaire du méso-côlon pelvien, la portion descendante sous le nom de racine primitive.

2° Un bord viscéral s'insérant sur la face postéro-supérieure du côlon, en suivant les sinuosités de cet organe.

3° Deux faces, l'une antérieure qui regarde la cavité pelvienne, l'autre postérieure appliquée sur la paroi pelvienne postérieure, sans lui adhérer et dérobant à la vue l'orifice de la fossette intersigmoïde.

La hauteur de ce méso-côlon est variable, elle atteint en moyenne 10 à 16 centimètres ; les longueurs extrêmes sont 4 et 25 centimètres. Le méso-colon terminal est formé de

deux feuillets péritonéaux entre lesquels cheminent les vaisseaux et les nerfs de l'intestin. Ces deux feuillets se réfléchissent dans le péritoine pariétal, au niveau de la racine du méso-côlon.

La question du péritoine étant vidée, j'aborde l'étude de la fossette intersigmoïde chez l'enfant. Cette étude sera maintenant considérablement facilitée, puisque nous connaissons exactement et le côlon terminal qui l'encadre et les feuillets péritonéaux qui la limitent.

Plusieurs questions se posent au début, résolvons-les immédiatement.

La fossette intersigmoïde est-elle constante ? Fait-elle défaut quelquefois et dans quelles proportions ?

La fossette intersigmoïde n'existe pas toujours : pour W. Gruber et pour Trèves elle est loin d'être constante puisque pour le premier de ces auteurs on la trouve 60 0/0 et pour le second 62 0/0. M. Jonnesco l'a trouvée 70 0/0, Waldeyer a atteint le chiffre plus élevé de 85 0/0. Au cours de mes recherches elle a manqué 2 fois sur 35 cas, ce qui donne une fréquence de 94, 28 0/0.

La fossette est-elle intra-péritonéale ou sous-péritonéale ? En d'autres termes est-elle constituée par l'écartement des deux feuillets du méso ou entre celui-ci et le péritoine pariétal ?

La plupart des auteurs qui se sont occupés les premiers du diverticule entre autres W. Gruber, Hensing, Waldeyer, Trèves, Gegenbaur, ont pensé qu'il siégeait entre les feuillets du méso. S'adressant à l'embryologie, Toldt en 1879, parvint à prouver que chez l'embryon, la fossette se formait bien entre le feuillet postérieur du méso-colon pelvien et le péritoine pariétal. M. Jonnesco a vérifié et démontré l'exactitude de cette assertion en 1890. Les quelques lignes de Sappey citées plus haut, faisaient d'ailleurs prévoir le même résultat, admis désormais par tous les anatomistes.

Cette considération embryologique nous conduit tout naturellement à cette autre.

Comment se forme la fossette intersigmoïde ?

Sappey a vu d'une façon très nette la formation du méso-côlon destiné à l'S iliaque, et je repète une fois encore qu'il a deviné la fossette. Pour lui donc, le feuillet postérieur du méso-côlon (qui n'est autre chose que la face antérieure de notre fossette) remontant du petit bassin dans la cavité abdominale, est arrêté dans sa marche ascendante par la rencontre des vaisseaux destinés à l'S iliaque. Il revient donc sur lui-même pour accompagner ces vaisseaux, entourer l'intestin complètement et recouvrir la paroi antérieure des vaisseaux. C'est une explication.

Voisine de celle-ci, est l'explication fournie par Trèves et par Waldeyer, qui eux aussi, voient un rapport entre la présence des artères sigmoïdes et la formation de l'infundibulum sous-jacent. A la rigueur, on pourrait admettre ce rapport comme une simple vue de l'esprit, mais il en résulterait logiquement la conclusion suivante : c'est qu'il y aura nécessairement une relation directe entre le développement artériel et la capacité de la fossette, c'est-à-dire que plus nombreuses et plus volumineuses seront les artères, plus vaste et plus profond sera le recessus intersigmoïde. C'est ce que l'observation dément. En effet, on verra au Chapitre IV des fossettes de dimensions assez considérables (VIII et XX) n'avoir que deux artères sigmoïdes, alors que des fossettes plus petites en ont trois ou quatre (XIII et XXII, etc.).

Ne pourait-on pas admettre pour le processus de formation de cette fossette, un processus analogue à celui qui s'opère dans la production des *fossettes paracôliques* du côlon iliaque, par défaut de soudure du mésentère terminal primitif à la paroi iliaque. C'est par un mécanisme identique que Toldt démon-

tre la formation de la fossette intersigmoïde. Son opinion est à peu près généralement adoptée à l'heure actuelle ; M. Jonnesco la défend ; MM. Rogie et Pérignon la partagent. Voici la rigoureuse démonstration de M Jonnesco :

« La formation de cette fossette est liée à la coalescence ou soudure du mésentère terminal primitif avec le péritoine pariétal. Au commencement du cinquième mois de la vie fœtale, le méso-côlon descendant, c'est-à-dire le mésentère terminal, comme nous l'avons vu, ne peut plus être écarté de la paroi abdominale postérieure jusque vers la ligne médiane; en effet, il adhère à gauche et en haut, à côté de la colonne vertébrale; et en partie aussi au-devant du pôle supérieur du rein correspondant. De ce point, l'adhérence progresse peu à peu sur la face antérieure du rein et tout d'abord en dehors, de sorte qu'immédiatement au-dessous de l'angle splénique du côlon elle s'étend bientôt jusqu'à l'intestin. Inférieurement, l'adhérence ne s'effectue pas tout à fait d'une façon régulière. Comme le rein constitue une sorte de tubérosité sur la paroi postérieure de la cavité péritonéale, il se forme entre son bord interne et la colonne vertébrale une gouttière longitudinale plus ou moins profonde, en arrière de laquelle se trouve logé l'uretère. Le long de cette gouttière, l'adhérence du méso-côlon descendant (mésentère terminal) fait des progrès beaucoup moins rapides qu'en dehors sur la saillie formée par le rein. Au niveau de cet organe, la coalescence, vers la fin du cinquième mois, a toujours atteint son pôle inférieur, tandis qu'à côté de la colonne vertébrale, au niveau de la gouttière précitée, la face postérieure du méso-côlon est restée libre jusqu'à la hauteur du duodénum. Aussi, au-devant de cette gouttière on trouve toujours le méso-côlon libre et intact; entre ses deux feuillets se trouvent les ramifications vasculaires; il passe

comme un pont au-dessus de la fossette intersigmoïde et adhère en dehors de celle-ci à la face antérieure (Toldt). En somme, la fossette intersigmoïde résulte d'un manque d'accolement entre une partie du mésentère terminal et le péritoine pariétal (1). »

Maintenant que j'ai successivement passé en revue les diverses questions générales, dont la connaissance est indispensable pour la parfaite intelligence du sujet, je vais aborder l'étude de la fossette intersigmoïde. Mais je dois dire que ce terme de fossette intersigmoïde ne me satisfait que médiocrement et ne me semble pas répondre à la réalité des faits. Est-ce bien vraiment une fossette que cette sorte d'antre péritonéal, de profondeur quelquefois si considérable ? Peut-on raisonnablement appeler fossette une dépression conique ou canaliculée, qui mesure habituellement 5 à 6 centimètres chez l'adulte, atteint souvent 10 centimètres et remonte dans quelques cas jusqu'à la troisième portion du duodénum et même jusqu'au corps du pancréas (Engel Brœsike, Rogie) ? Il y a bien d'autres fossettes dans l'organisme qui méritent mieux leur nom : la fossette digastrique, la fossette de Rosenmüller par exemple ; mais ce sont de simples dépressions, presque sans profondeur, qui, en tout cas, ne dépassent jamais quelques millimètres. Je préférerais de beaucoup à cette dénomination celle de recessus, qui, sans préjuger en rien de la forme ni de la longueur de la cavité en question, ne déconcerterait point, en gravant par avance dans l'esprit, une forme déterminée qui ne répond pas par la suite à l'idée première. Il faut cependant ne pas insister sur ce point et accepter cette dénomination bâtarde pour ne pas compliquer le vocabulaire scientifique déjà trop riche en synonymes.

---

(1) M. Jonnesco. — In *Traité d'Anatomie humaine*, de Poirier, tome IV, page 349.

Définition. — La fossette intersigmoïde est un cul-de-sac infundibuliforme, compris entre le feuillet postérieur du méso-côlon terminal et le péritoine pariétal, situé au niveau de l'insertion du bord pariétal du méso-côlon.

Direction. — La direction est tantôt oblique de bas en haut, de gauche à droite et de dehors en dedans, tantôt verticale de bas en haut. Ce sont là ses dispositions normales. Il en est une autre qui ne laisse pas que d'être curieuse, c'est celle qui est oblique de bas en haut et de droite à gauche. Sur 35 observations, l'axe de la fossette était 12 fois obliquement dirigée de gauche à droite. Il était 14 fois verticalement dirigé, 2 fois (Observations VI et XX), l'axe de la fossette était oblique de bas en haut, de droite à gauche et de dedans en dehors, et tendait vers le hile du rein gauche. Deux fois la fossette manquait, et dans les cinq autres cas je n'avais pas pu pour une raison quelconque vérifier la direction de la fossette.

Profondeur. — La profondeur de la fossette intersigmoïde chez l'enfant est extrêmement variable, et il est difficile de lui assigner des dimensions précises. On lui attribue généralement chez l'adulte une profondeur de 3 à 10 centimètres et on fixe sa limite supérieure ordinaire à la bifurcation de l'aorte, mais cela n'a rien d'absolument fixe puisque, comme je l'ai dit plus haut, on l'a vue se prolonger jusque sous le duodénum et même sous le pancréas. Pour moi, je l'ai vue chez le nouveau-né s'arrêter bien souvent avant d'avoir atteint la bifurcation de l'aorte, se terminant au point où la veine iliaque primitive gauche est recouverte, sur son bord supérieur, par l'artère du même nom. D'autres fois, je l'ai vue remonter jusqu'à la bifurcation de l'artère mésentérique inférieure en colique inférieure gauche et en hémorrhoïdale supérieure; d'autres fois encore, elle remontait jusqu'à la naissance du

tronc de la mésentérique inférieure sur l'aorte abdominale. Dans chacune de mes observations, toutes les fois qu'il m'a été possible de le faire, j'ai mesuré soigneusement la profondeur du recessus que j'avais sous les yeux. J'ai trouvé que la fossette intersigmoïde de l'enfant mesurait de 3 à 15 millimètres en moyenne. Voici, du reste, la répartition détaillée de ces mesures prises sur 30 cas :

Profondeur inappréciable.....	3	fois.
De 2 à 5 millimètres.....	8	—
De 6 à 10 —	9	—
De 11 à 15 —	7	—
17 —	1	— (XXXII)
Pas de fossette.....	2	—

La fossette intersigmoïde étant une cavité virtuelle, dont les parois antérieure et postérieure sont appliquées l'une contre l'autre, je supposerai ces deux parois séparées et je décrirai chacune des parties qui constituent notre recessus. Je considérerai donc d'abord la cavité elle-même ce qui m'amènera naturellement à parler de sa forme, j'étudierai ensuite son sommet, sa base ou orifice, sa paroi antérieure ou toit et les éléments qu'il renferme, sa paroi postérieure ou plancher et ses bords. L'étude des rapports viendra enfin compléter cette description anatomique.

Cavité de la fossette. — La cavité, comme nous venons de le voir, est virtuelle, et on ne peut bien la voir qu'en attirant en haut l'intestin et son méso. Pour me rendre un compte exact de la forme, j'en ai pris différents moulages obtenus en versant de la cire, à l'aide d'une pipette, dans la fossette, le sujet étant suspendu par les pieds. Elle a la forme d'un cône légèrement aplati sur sa paroi postérieure et terminé à son sommet, soit en pointe aiguë, soit en bouton

arrondi. La paroi postérieure est lisse. La paroi antérieure porte les empreintes des artères qui la sillonnent.

Base ou orifice. — *L'orifice de la fossette intersigmoïde est la réunion des points pris sous le feuillet postérieur du mésocôlon terminal et sur le péritoine pariétal qui limitent la cavité virtuelle intersigmoïde à sa partie inférieure, au moment où l'accolement de ces deux membranes séreuses cesse pour s'écarter l'une de l'autre et se continuer, l'une, en haut, sur la paroi postérieure du gros intestin, l'autre, en bas, avec le péritoine des parois abdominale et pelvienne postérieures.*

Cet orifice siège presque toujours sur la paroi latérale gauche de la colonne vertébrale, tantôt au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, tantôt sur la cinquième vertèbre lombaire, occupant l'angle d'insertion pariétale du mésocôlon, reposant en partie sur le bord externe dn psoas, devant l'artère iliaque primitive gauche ou devant son point de bifurcation. Cependant, il peut arriver que cet orifice repose au milieu de la colonne vertébrale, ou même, dans quelques cas exceptionnels, à droite de la colonne vertébrale. J'ai trouvé deux ou trois cas dans lesquels l'orifice de la fossette reposait sur le promontoire, exactement sur la ligne médiane, ce dont je me suis assuré en mesurant la distance qui séparait le centre de l'orifice de certains points osseux symétriques. Ainsi, dans l'Observation V, la distance qui séparait le centre orificiel de l'épine iliaque antéro-supérieure de chaque côté était la même (10 cent. 3), de même pour l'Observation X (4 cent. 2). L'Observation VII rapporte un cas exceptionnel d'orifice intersigmoïde siégeant à droite de la colonne vertébrale. La distance du centre de cet orifice à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche était de 4 centimètres, de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 3 cent. 5.

Direction. — L'axe de l'ouverture du recessus intersigmoïde prolonge l'axe du recessus lui-même. Il regarde tou-

jours en bas, mais il est tantôt tourné vers la gauche dans la direction de l'artère iliaque qui semble s'échapper de cette ouverture, tantôt il regarde verticalement en bas dans l'excavation pelvienne. Ceci n'est que le corollaire de ce que nous avons vu plus haut au sujet de la direction de la fossette elle-même.

Forme et Diamètres de l'orifice. — L'orifice affecte deux formes principales : il est tantôt circulaire, tantôt elliptique, présentant son plus grand diamètre dans le sens transversal le plus souvent. Pourtant l'Observation XXX m'a montré une variété inattendue car l'orifice était bien elliptique aussi mais son plus grand diamètre était dans le sens antéro-postérieur qui mesurait 10 millimètres alors que le diamètre transverse ne mesurait que 6 millimètres.

La forme la plus fréquente est la forme elliptique. J'ai trouvé 5 fois seulement la forme circulaire.

Distance de l'orifice à des points fixes osseux. — J'ai tenu à mesurer exactement, dans chacun des cas qu'il m'a été donné d'examiner, la distance qui séparait l'orifice de la fossette de certains points fixes pris sur le squelette. J'ai chaque fois mesuré l'écartement qui existait entre cet orifice et le promontoire, la symphyse pubienne et les deux épines iliaques antéro-supérieures. Je sais bien que les chiffres qui en résultent sont soumis aux variations individuelles selon l'âge, le sexe, la taille, les diamètres du bassin ; cependant, de l'ensemble de ces chiffres scrupuleusement recueillis, il peut se dégager des rapports intéressants et des conclusions utiles pour une étude ultérieure de cette région. On comprendra dès lors pourquoi je n'insisterai pas sur la distance de la fossette à la symphyse pubienne ou aux épines iliaques ; je retiendrai seulement quelques mensurations, celles qui ont trait à la distance qui sépare l'orifice de la fossette

du promontoire, car il n'est pas indifférent de savoir jusqu'à quelle hauteur au-dessus de ce point fixe peut se trouver l'orifice de notre recessus. Dans mes recherches l'orifice reposait : 5 fois sur le promontoire, 12 fois de 9 à 10 millimètres au-dessus du promontoire, 8 fois de 11 à 20 millimètres au-dessus du promontoire. Dans un cas il était situé à 22 millimètres, enfin dans un autre cas, à 34 millimètres au-dessus de ce point.

Limites de l'orifice. — Dans les auteurs classiques, je n'ai pas trouvé de limites bien nettement déterminées. Ce n'est pas que la question offre une extrême difficulté, et on peut s'étonner à bon droit que cette ouverture ne soit pas mieux délimitée dans les ouvrages.

Voici ce que j'ai trouvé dans l'immense majorité des cas dans la fossette intersigmoïde typique : Le rebord antérieur et le rebord postérieur n'ont plus rien qui puisse encore nous intéresser, car nous possédons à fond les feuillets séreux qui les forment (feuillet postérieur du méso-côlon pelvien et feuillet pariétal); nous ne connaissons pas encore les artères qui font leur apparition sous le bord antérieur, je renvoie pour leur description à l'étude du toit qui sera faite dans un instant. Il n'en est pas de même des limites latérales, point de jonction des deux rebords antérieur et postérieur. Ces deux points extrêmes sont l'un externe l'autre interne; tous deux sont délimités d'une façon très nette que je tiens à établir d'une manière définitive, toutes mes investigations m'ayant donné, sauf de très rares exceptions, des résultats concordants dont le détail sera énuméré au chapitre suivant.

L'angle externe de l'orifice est toujours limité par l'uretère gauche, au point précis où il croise l'artère iliaque primitive gauche. L'artère qui passe au-dessous semble par transparence émerger du recessus sous-péritonéal dont il

forme en réalité la limite gauche. L'artère continue son trajet à gauche et en bas, et cette disposition jointe au fait qu'elle limite réellement le bord externe de la fossette a pu faire dire qu'elle représentait l'angle externe de l'orifice. C'est une erreur ou une rareté. L'angle interne de l'orifice est limité comme le bord droit ou interne de la fossette par l'artère hémorrhoïdale supérieure qui commence dès l'orifice du recessus, le suit dans tout l'angle dièdre interne constitué par l'accolement des deux portions du péritoine, limite la fossette à droite, puis descend verticalement en bas sur la face antérieure du sacrum pour aller irriguer les différentes couches du rectum.

Ce fait n'a, que je sache, encore été signalé par personne. Cette limite est constante, et on verra à l'énoncé de mes observations, avec quelle insistance j'ai répété que l'orifice de la fossette était limité du côté gauche par le point de croisement de l'uretère gauche avec l'artère iliaque primitive gauche et du côté droit par l'artère hémorrhoïdale supérieure.

2 fois seulement l'uretère gauche sortait du milieu de l'orifice. L'artère sacrée moyenne formait 2 fois et l'artère iliaque primitive gauche 1 fois la limite droite de l'ouverture. L'uretère gauche existait 1 fois dans l'angle interne après avoir croisé plus haut l'artère iliaque externe gauche qui occupait l'angle externe, mais pendant une certaine longueur, l'artère hémorrhoïdale supérieure accompagnait l'uretère à droite de l'orifice (Observation XXIV).

De plus j'ai, dans la majorité des cas, constaté l'existence du côté gauche de l'orifice d'une bride péritonéale qui semblait le rétrécir, unissant les deux parois de la fossette comme un pont séreux unissant deux membranes de même nature. Cette bride péritonéale n'est autre que le ligament colo-iliaque ou colo-pelvien décrit par M. Jonnesco. J'ai vu le repli

péritonéal se prolonger quelquefois jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal : c'est le plica-inguino-colica d'Engel.

La longueur du ligament péritonéal colo-iliaque n'a rien de fixe; il est tantôt à peine visible, formant une sorte de petite faux du péritoine à bord tranchant et concave antérieurement, il est tantôt assez important, au point de former une troisième paroi à la fossette intersigmoïde, paroi externe, ce qui change le cône que nous connaissions en une pyramide triangulaire. Cependant, quoique doué d'aussi variables proportions, je crois ce repli, ce ligament colo-iliaque constant. On peut décrire à ce ligament, deux faces, trois bords et un sommet : une face externe regardant la fosse iliaque gauche, une face interne regardant l'aire de la fossette, un bord supérieur ou colique ou méso-colique qui adhère au côlon ou au feuillet postérieur du méso-côlon, un bord inférieur ou pariétal, iliaque ou pelvien (Jonnesco), adhérant au péritoine pariétal de la paroi abdominale postérieure et dont l'insertion antérieure n'est pas limitée ; un bord antérieur concave tranchant, libre dans la cavité abdominale. Le sommet se termine dans l'angle rentrant, constitué par les deux portions du péritoine qui sont ici en continuité. Je viens de dire un peu plus haut que je considérais ce ligament comme constant en tant que moyen d'union des deux feuillets péritonéaux parce que, dans deux cas spéciaux (cf. Observations XV et XIX) où la face antérieure du rein représentait en quelque sorte, de par la situation de la fossette, la paroi iliaque ou pelvienne, ce ligament existait, unissant le feuillet postérieur du méso-côlon au péritoine qui tapisse la face antérieure du rein. J'ai appelé ce repli péritonéal : le *ligament colo-rénal* ligament auquel on peut décrire les mêmes éléments qu'au ligament colo-iliaque.

Paroi antérieure ou toit. — La paroi antérieure de la fossette intersigmoïde est, comme nous le savons, constituée par

le feuillet postérieur du méso-côlon terminal. Mais, eu égards aux éléments que je vais rencontrer et étudier, je ne dois plus envisager le feuillet postérieur seul, mais le méso-côlon tout entier avec son feuillet antérieur et les organes contenus entre eux. J'envisagerai donc le toit de la fossette comme un segment triangulaire du méso-côlon terminal, limité conventionnellement de chaque côté à quelques millimètres de la région intersigmoïde proprement dite. Les feuillets péritonéaux ont été suffisamment étudiés plus haut pour que je n'y revienne pas. Je vais dès lors m'occuper des organes contenus dans leur épaisseur, étudier successivement les artères, les veines, les lymphatiques et les nerfs de la région. Je dois déclarer cependant qu'au cours de mes observations, c'est l'étude des artères qui a plus particulièrement attiré mon attention.

Artères sigmoïdes. — La disposition classique décrite par M. Testut et par M. Jonnesco est simple; elle est trop simple. Ces auteurs ont décrit trois artères sigmoïdes, droite, moyenne et gauche. Je vais démontrer que ce nombre est loin d'être constant et que les artères sigmoïdes peuvent selon le cas être plus ou moins abondantes.

Les artères sigmoïdes qui irriguent toute la portion du gros intestin adjacente à la fossette intersigmoïde, émanent du tronc de la mésentérique inférieure par l'intermédiaire des artères coliques moyenne et inférieure gauches. Ces deux artères sont spécialement destinées à cette portion du côlon terminal; toutefois, il faut noter que la colique supérieure gauche, assez souvent, et que l'artère hémorrhoïdale supérieure, plus rarement, participent à la vascularisation de cette région. Les chiffres et les résultats que je vais exposer dans un instant montreront combien est variable la distribution de ces artères. L'artère colique moyenne gauche est la véritable

artère sigmoïde parce qu'elle se distribue tout entière à cette région. L'artère colique inférieure gauche s'y distribue presque toujours mais non uniquement, puisqu'elle envoie constamment quelques petites ramifications vers l'extrémité inférieure de la portion pelvienne, pour s'anastomoser avec l'artère hémorrhoïdale supérieure. Quant à l'artère colique supérieure gauche, elle envoie toujours une branche le long du bord supérieur concave de l'intestin, qui s'anastomose à plein canal avec un semblable rameau venant de la branche externe de la colique moyenne. Cette arcade est destinée à la nutrition de la portion iliaque du côlon terminal. En somme, la portion intersigmoïde est la mieux irriguée de toutes les portions du gros intestin, puisque cette région assez exiguë reçoit à elle seule deux artères qui lui sont entièrement destinées (artères coliques moyenne et inférieure gauches) alors que tout le gros intestin n'en reçoit que six en tout.

Toutes ces artères et leurs artérioles s'anastomosent transversalement près de leur origine, et par inoculation sur le bord supérieur de l'intestin. Leur disposition générale dans cette région, se différenciant en ceci de la vascularisation du reste du gros intestin, présente ce fait très spécial, que les artères et artérioles parcourant côte à côte un assez long trajet et se résolvant avant d'arriver à l'intestin en une infinité de vaisseaux très petits, pressés les uns contre les autres, offrent plutôt l'aspect du riche réseau artériel de l'intestin grêle. C'est en effet la seule région du gros intestin ou les artères coliques parcourent en nombre le méso-côlon. Nous venons de voir qu'avant d'arriver à l'intestin, elles donnent un très riche réseau d'artérioles que l'on peut schématiquement ramener à trois groupes : le groupe sigmoïdien gauche, le groupe sigmoïdien moyen et le groupe sigmoïdien droit : mais ceci n'est que schématique, car si il y a plusieurs artères

il y aura plusieurs groupes d'artérioles. Il peut y avoir, par exemple, un groupe sigmoïdien gauche, deux groupes sigmoïdiens moyens et un groupe sigmoïdien droit et toutes les variations que l'on peut imaginer.

Ces artères circulant sur le toit de la fossette sont visibles le côlon terminal étant en place, et aussi, lorsqu'on l'a relevé, et qu'on a déplissé en quelque sorte le péritoine, qui cache les abords de l'orifice. Elles font saillie dans la cavité de la fossette, c'est-à-dire que l'on voit, après une injection heureuse, une, deux ou trois artères occupant généralement le sommet du toit, mais elles n'affectent point comme on l'a dit la disposition en couronnes péri-orificielles. Il existe bien des demi-anneaux vasculaires fournis par les anastomoses et forcément incomplets en arrière, mais ces demi-anneaux siègent plus bas, plus près du bord de l'intestin; une telle disposition en demi-anneaux n'est qu'artificielle, n'existant jamais que lorsque le côlon terminal est relevé et décrit une demi-circonférence autour du sommet de la fossette pris pour centre.

Dans mes recherches sur le nombre et la situation de ces artères, j'ai trouvé que sur 35 cas la situation classique était réalisée 12 fois. Cette disposition classique consiste à admettre, nous l'avons vu, trois artères sigmoïdes, gauche, moyenne et droite, se résolvant chacune en groupes sigmoïdiens gauche, moyen et droit, mais ce serait une erreur de croire que ces trois artères tirent toujours leur origine du même vaisseau. Le plus fréquemment quand il y a trois artères sigmoïdes elles résultent de la bifurcation de la colique moyenne gauche en artères sigmoïdes gauche et moyenne, le tronc de la colique inférieure fournissant l'artère sigmoïde droite. Mais il peut arriver que l'artère colique moyenne fournisse les artères sigmoïdes moyenne et droite et que la colique supérieure fournisse l'artère sigmoïde gauche; il peut arriver

encore que l'artère colique moyenne fournissent les trois groupes sigmoïdiens.

Sept fois il existait quatre artères sigmoïdes, deux moyennes et deux latérales l'une droite et l'autre gauche. Dans ces cas il y a deux dispositifs qu'on retrouve un nombre à peu près égal de fois : les deux artères sigmoïdes moyennes sont fournies par la bifurcation de la colique moyenne et les deux artères latérales respectivement par les coliques supérieure et inférieure gauches, ou bien l'artère sigmoïde gauche et les deux artères moyennes sont fournies par la colique moyenne et la colique inférieure donne l'artère sigmoïde droite.

Dans un cas (Observation XIII), la colique moyenne fournissait à elle seule les quatre groupes sigmoïdiens.

Dans deux observations (V et XXXIII), j'ai relevé cinq artères sigmoïdes : le dispositif était assez simple. Les trois artères sigmoïdes moyennes étaient issues de la colique moyenne, l'artère sigmoïde droite et l'artère sigmoïde gauche venaient l'une de la colique supérieure, l'autre de la colique inférieure. Enfin, quatre fois existaient seules deux artères sigmoïdes, une droite et une gauche. Trois fois elles étaient fournies par la colique moyenne et par la colique inférieure. Une fois (Observation VIII) la colique moyenne fournissait les deux groupes sigmoïdiens.

Veines sigmoïdes.— Les veines sigmoïdes, comme toutes les veines du gros intestin, naissent de la muqueuse et de la tunique musculaire, se dirigent vers son bord supérieur, forment un réseau intra-péritonéal et sont en tous points semblables, quant au nombre, à la disposition au trajet et aux rapports, aux artères de la même région.

Les auteurs classiques ont décrit trois troncs veineux sigmoïdiens comme ils ont décrit trois troncs artériels. Je n'ai pas besoin d'insister sur cette question de détail. Il y a autant

de veines que d'artères : les mêmes groupes sigmoïdiens veineux correspondent aux mêmes groupes sigmoïdiens artériels. Ces veines accolées aux artères et formant les mêmes arcades se réunissent pour se jeter dans la veine mésentérique inférieure ou petite mésaraïque.

Lymphatiques de la région intersigmoïde.— Comme les veines, les vaisseaux lymphatiques naissent dans la muqueuse et dans la tunique musculaire du gros intestin. Ils se réunissent pour venir se jeter dans les ganglions situés sur le bord concave de l'intestin entre les deux feuillets du méso-côlon.

Les ganglions lymphatiques du toit siègent à diverses hauteurs : nous venons de voir qu'il y en a une série sur le bord supérieur de l'intestin, on en trouve aussi plus haut, situés soit à la bifurcation d'une artère ou d'une veine, soit au point de croisement d'une veine et d'une artère : mais tout cela n'a rien de fixe et le dispositif varie à l'infini.

Nerfs du toit. — Les nerfs du toit viennent du grand sympathique par l'intermédiaire du plexus lombo-aortique et forment le plexus mésentérique inférieur. Ils suivent le trajet des artères et on comprend facilement qu'il existe selon les cas : un plexus sigmoïdien gauche, un plexus sigmoïdien moyen et un plexus sigmoïdien droit.

Paroi postérieure ou plancher. — Le plancher de la fossette intersigmoïde est bien moins intéressant que le toit. Il est formé par le péritoine pariétal, qui recouvre dans sa partie inférieure le promontoire, le psoas, l'artère sacrée moyenne, le nerf génito-crural, et quelquefois l'artère iliaque primitive gauche : on trouve sous ses deux tiers supérieurs, occupant la plus grande partie du plancher, un organe important, dont je tiens à faire un point de repère constant, un rapport obligé de la fossette intersigmoïde ; je veux parler de la veine iliaque primitive gauche. Dans mes autopsies, j'ai presque

toujours trouvé cette veine sous la paroi postérieure, formant pour ainsi dire le fond de la fossette. Dans un cas (Obs. XX), le plancher de la fossette était en partie constitué par le tiers inférieur de la face antérieure du rein gauche.

Bords de la fossette intersigmoide. — Les bords de la fossette sont, nous l'avons vu, au nombre de deux, externe et interne, formés par l'angle de réunion du toit et du plancher. Les organes qui occupent ces bords sont toujours les mêmes et soulèvent le péritoine à ce niveau. Le bord externe ou bord gauche est occupé par l'artère iliaque primitive gauche. Le bord interne ou bord droit est occupé par l'artère hémorrhoïdale supérieure qui forme aussi la limite interne de l'orifice du recessus.

Je ne crois pas qu'il soit bien nécessaire de consacrer un chapitre aux rapports de la fossette intersigmoïde, puisque l'étude assez minutieuse qu'on vient de lire les a successivement décrits dans tous leurs détails, à propos des divers éléments constitutifs de la fossette. Je crois utile, pour éviter des redites, de ne pas insister.

Je renvoie pour un résumé succinct de la fossette intersigmoïde au Chapitre des conclusions.

CHAPITRE IV

EXPOSÉ DES CAS

J'arrive maintenant à la partie toute pratique de ce travail. Je vais exposer dans ce chapitre les détails de 35 observations personnelles que j'ai pu réunir : je crois qu'il est indispensable de donner quelques explications sur la marche que j'ai suivie et sur le manuel opératoire que j'ai employé dans chacune de ces autopsies.

Après avoir constaté le sexe, l'âge, le poids, la longueur de l'enfant, le premier temps consistait à ouvrir le cadavre, par une incision partant du creux axillaire, rasant la crête iliaque et les pubis et venant aboutir au point symétrique du côté opposé. Relever ce tablier sur la face pour bien voir la cavité abdominale. Injection d'un mélange de cire de résine et de paraffine colorée en rouge dans le tronc de l'aorte abdominale, du même mélange coloré en bleu dans le tronc de la veine porte. Excision de tout l'intestin grêle entre deux ligatures pour débarrasser l'abdomen et les fosses iliaques.

Le second temps avait pour objet l'examen du côlon terminal. Examiner ce côlon en place, voir à quel type il appartient, sa situation, sa forme, sa longueur, le trajet et les rapports de ses différentes portions. Mesurer les diamètres du bassin.

Le troisième temps s'adressait à l'étude de la fossette intersigmoïde. Relever le côlon terminal et l'étaler sur la partie supérieure de l'abdomen. Chercher la fossette presque toujours facilement visible. Etudier sa forme, sa direction, sa profondeur, son orientation, ses limites, ses rapports, son orifice, les limites de cet orifice, sa forme, ses mesures, sa distance à des points fixes pris sur le squelette. Etudier ensuite le feuillet du méso-côlon terminal qui forme la paroi antérieure et les organes que contient cette paroi (artères et veines apparentes, grâce aux injections préalables, lymphatiques et nerfs examinés à l'aide d'une forte loupe). Etudier la paroi postérieure, les organes sous-jacents et les bords de la fossette.

Observation I

Sexe : M. — *Age :* 14 jours. — *Poids :* 2.070 grammes. — *Longueur :* 48 centimètres. — *Athrepsie.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 centimètres; A. P., 3 cent. 4; T., 3 cent. 7.

Colon terminal

Sur ce sujet, la portion terminale du côlon se divise en deux portions bien distinctes : *l'une*, partant de la crête iliaque gauche, allant aboutir au promontoire et formant une anse à concavité supérieure dont la convexité repose dans la fosse iliaque gauche, sur l'arcade crurale ; cette anse parcourt l'aire du détroit supérieur, dans le sens antéro-postérieur; *l'autre*, partant du promontoire et plongeant dans l'excavation, occupant toute la moitié gauche de cette excavation, décrivant une anse à concavité supérieure, puis s'abouchant à sa terminaison avec le rectum, au niveau de la troisième pièce sacrée.

Rapports de la première portion. — En avant : anses de l'intestin grêle, paroi abdominale. *En arrière :* elle repose sur le muscle

iliaque dont elle est séparée par le fascia iliaca, psoas et aponévrose, vaisseaux iliaques externes, nerfs crural, génito-crural, cordon.

Sa concavité embrasse le psoas iliaque, les vaisseaux et nerfs situés sur le bord de ce muscle. *Sa convexité* adossée à la paroi abdominale est en rapport avec le bord antérieur de l'os coxal, l'éminence ilio-pectinée à gauche ; la symphyse pubienne en avant, dont elle est séparée par la vessie, avec le rectum à droite. Cette portion mesure 8 centimètres de longueur.

Rapports de la deuxième portion — En avant : vessie, canal déférent. *En arrière :* sacrum, artère sacrée moyenne, m. pyramidal. *Du côté gauche :* psoas iliaque, uretère, obturateur interne. *Du côté droit :* ampoule rectale. *En bas :* plancher pelvien, releveur cocci-périnéal. *En haut :* avec la première portion précédemment décrite du côlon terminal. Longueur de cette portion 11 centimètres.

Ce côlon appartient donc au type ilio-pelvien.

Fossette intersigmoide

Ouverture elliptique de 4 millimètres, direction oblique de bas en haut et de gauche à droite. Orifice orienté vers le milieu de la ligne innominée du côté gauche.

L'ouverture de la fossette est distante de 1 cent. 3 du promontoire, de 4 centimètres de la symphyse pubienne. *Profondeur* de la fossette mesurée sur une sonde cannelée, 14 millimètres.

Observation II

Fœtus : 7 mois et 1/2. — *Sexe :* M. — *Poids :* 1.550 grammes. — *Longueur :* 40 centimètres.

Colon terminal

Tout le gros intestin depuis le cœcum est rempli de méconium. A première vue ce côlon terminal appartient au type abdominal, je

veux dire *ilio-abdominal,* car il repose tout entier dans la fosse iliaque gauche et dans la moitié gauche de l'abdomen, ne plongeant que par une portion très courte dans l'excavation pour s'aboucher avec le rectum.

Cette portion pelvienne mesure à peine 4 à 5 millimètres. D'autre part ce côlon terminal remonte très haut dans la cavité abdominale ; il atteint les premières vertèbres lombaires et l'extrémité inférieure du rein gauche ; il décrit de nombreuses sinuosités, à partir de la crête iliaque. Il commence par descendre, occupant toute la fosse iliaque gauche, où il forme une *boucle* à convexité externe, ensuite se contournant et remontant en haut pour former un Ω à concavité supérieure. La branche terminale de cet Ω se continue par une portion verticale se poursuivant en droite ligne jusqu'à l'anus.

La boucle et l'Ω mesurés ensemble ont une longueur de 11 centimètres ; la portion verticale a 4 centimètres.

Rapports d'ensemble du côlon terminal (rapports commun à la boucle et à l'Ω). — *En avant :* masse de l'intestin grêle, paroi abdominale. *En arrière :* repose sur la fosse iliaque gauche, puis sur le muscle psoas iliaque, sur les vaisseaux et les nerfs qui longent le bord de ce muscle, il repose de plus sur l'uretère gauche, les vaisseaux spermatiques, l'aorte abdominale, la bifurcation de l'aorte, artères et veines iliaques primitives, internes et externes, artère sacrée moyenne, vaisseaux mésentériques inférieurs, nerfs du plexus lombaire. *Côté gauche :* fosse iliaque gauche, muscle iliaque. *Côté droit :* la branche terminale de l'Ω est directement en rapport, accolée au côté externe de la portion verticale du côlon terminal. *En haut :* le bord supérieur de ces différentes sinuosités est recouvert par l'intestin grêle. Un point de l'Ω affleure le bord inférieur du rein gauche, rein d'ailleurs fort volumineux chez ce fœtus. *En bas :* repose sur l'éminence ilio- pectinée, sur la branche horizontale du pubis et sur le sommet de la vessie.

Rapports de la portion verticale. — *En avant :* intestin grêle,

vessie, ouraque, artères ombilicales, les deux canaux déférents. *En arrière :* artère sacrée moyenne, bifurcation de l'aorte, portion supérieure du psoas, vertèbres lombaires, promontoire, portion supérieure du sacrum. *A gauche :* branche terminale de l'Ω. *A droite :* pourtour du détroit supérieur du côté droit, avec symphyse sacro-iliaque droite, psoas, vaisseaux et nerfs qui longent le bord de ce muscle, uretère droit.

Fossette intersigmoide

La fossette est comprise entre la branche terminale de l'Ω et la portion verticalement descendante du côlon terminal. *Son orifice* apparaît sous la forme d'une fente allongée transversalement, regardant en bas, limitée en avant par un repli falciforme du péritoine (mésocôlon). Cet orifice est distant de 4 centimètres de la symphyse pubienne, de 9 millimètres du promontoire, de 3 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, de 4 cent. 1/2 de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. *Profondeur* sur la sonde cannelée, 6 millimètres.

Cet orifice, d'après la situation du côlon terminal chez ce fœtus est *nécessairement* situé au-dessus du plan du détroit supérieur.

L'orifice de la fossette est situé *exactement* sur l'uretère gauche au moment où il croise le psoas, et sur la veine spermatique.

Observation III

Fœtus à terme. — Sexe : M. — *Poids :* 1.580 grammes. — *Longueur :* 46 centimètres.

Diamètres du bassin : bis-iliaque, 7 centimètres ; A. P., 3 cent. 3 ; T., 3 cent. 6.

Colon terminal

Le gros intestin depuis le cœcum est rempli de méconium.

Ce côlon terminal appartient au *type ilio-abdominal* car il n'existe

dans l'excavation que sur une longueur de quelques millimètres à peine, longueur négligeable, je crois, en raison du développement qu'il prend dans l'abdomen.

Ce côlon descend obliquement à partir de la crête iliaque gauche et du ligament ilio-lombaire, dans la fosse iliaque gauche qu'il parcourt dans toute son étendue. Arrivé à la partie inférieure de cette fosse, il se recourbe en haut, formant une sorte de V à ouverture supérieure, dont le sommet affleure sans le dépasser le plan du détroit supérieur. La seconde branche du V est située sur la ligne médiane appliquée contre la colonne vertébrale sur les vertèbres de la région lombaire. De là le côlon terminal se recourbe encore formant, avec la seconde branche du V un U renversé à concavité inférieure qui empiète sur la fosse iliaque droite et repose sur les psoas et la ligne innominée du côté droit jusqu'au moment où son calibre diminue brusquement au point d'acquérir à peine le volume d'une plume de poule. Là, cette portion suit pendant un très court trajet le diamètre transverse du bassin, se dirigeant de droite à gauche puis, revient directement vers le sacrum par un coude dans le diamètre antéro-postérieur, se continuer avec le rectum, dont le calibre paraît aussi rétréci. Toutefois, je pense qu'il ne faut pas attribuer ce rétrécissement de la portion terminale du tube digestif à une lésion congénitale ou à un arrêt de développement chez ce fœtus, mais simplement, à ce que celui-ci ayant souffert pendant la durée d'un accouchement laborieux, avait expulsé en partie son méconium. La longueur totale de ce côlon terminal est de 15 cent. 5 qui se subdivisent comme suit : branche descendante du V, 4 cent. 5; branche ascendante du V, 4 centimètres. De la terminaison du V à la portion rétrécie, 6 cent. 5; position rétrécie, 5 millimètres.

Rapports. — En avant : masse de l'intestin grêle, ouraque, artères ombilicales, vessie distendue. *En arrière* : Psoas, muscle iliaque, uretère gauche, veine spermatique sortant du canal inguinal, vaisseaux et nerfs longeant le bord interne du psoas, aorte abdominale et

sa bifurcation, artère sacrée moyenne. *A gauche :* fascia iliaca le séparant du muscle iliaque. *A droite :* intestin grêle, cœcum, psoas droit, uretère droit, symphyse sacro-iliaque, canal déférent et vaisseaux spermatiques du même côté. *En haut :* côlon lombaire gauche, intestin grêle, lobe gauche du foie plus volumineux ici que chez un fœtus normal. *En bas :* fascia iliaca le séparant du psoas iliaque, fosse iliaque gauche, vessie, rectum.

Rapports de la portion rétrécie. — En avant : vessie et canal déférent droit. *En arrière :* promontoire, sacrum, portion supérieure du pyramidal. *De chaque côté :* l'uretère.

Fossette intersigmoïde

Malgré une recherche attentive, *je n'ai pas trouvé* de fossette sur ce sujet, à peine un rudiment sans profondeur aucune, limité du côté gauche par une petite bride péritonéale partant de l'orifice interne du canal inguinal, longeant le bord gauche de la vessie, allant se jeter au sommet de la concavité de l'U formé par le côlon terminal chez ce fœtus : c'est le *plica-inguino-colica* d'Engel.

Observation IV

Sexe : F. — *Age :* 16 jours. — *Poids :* 1.890 grammes. — *Longueur :* 45 centimètres. — *Athrepsie.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 cent. 2; A. P., 3 cent. 8; T., 4 c.

Colon terminal

Ce côlon appartient au type ilio-abdominal, parce qu'il est bien dans la fosse iliaque et dans l'abdomen et non dans l'excavation pelvienne.

On peut décrire à ce côlon terminal deux portions :

1° *Une portion descendante* qui part de l'extrémité postérieure de la crête iliaque gauche et descend obliquement de gauche à droite, puis s'infléchit légèrement formant une courbe à concavité gauche allant aboutir à l'éminence ilio-pectinée du même côté.

2° *Une deuxième portion transversale*, légèrement inclinée en haut, formant une concavité postérieure et coupant le diamètre antéro-postérieur du bassin, du milieu de la branche horizontale, du pubis au promontoire. Ici, nouveau coude le long du sacrum, quelques millimètres encore, et nous arrivons au rectum.

La portion descendante mesure 7 cent. 5. La portion transversale 5 centimètres.

Rapports de la portion descendante. — En avant : Intestin grêle. *En arrière* : m. iliaque, psoas, vaisseaux iliaques externes, uretère gauche, ligament large, utérus, une petite étendue de l'arcade crurale. *A gauche :* m. iliaque, paroi latérale de l'abdomen. *A droite :* méso-côlon iliaque, intestin grêle, portion transversale du côlon terminal. *En haut* : côlon lombaire, intestin grêle. *En bas :* arcade crurale, éminence ilio-pectinée, vessie.

Rapports de la portion transversale. — En avant : une partie de la portion verticale qui recouvre à demi celle qui nous occupe actuellement, vessie, artère ombilicale gauche, intestin grêle. *En arrière :* utérus, ligament large du côté droit, ampoule rectale. Il est à noter que, chez ce sujet, l'utérus est rejeté tout entier dans la moitié gauche de l'excavation, et est placé non pas transversalement, mais comme redressé sur le côté droit et presque de champ. *A gauche :* première portion du côlon terminal. *A droite :* vessie, ligament large droit, cœcum et appendice iléo-cœcal, partie supérieure du psoas, promontoire.

Les rapports des bords supérieur et inférieur sont, à peu de choses près, les mêmes que ceux des faces antérieure et postérieure.

Fossette intersigmoide

Relevant tout le côlon terminal et l'étalant, je trouve en regardant avec quelque attention, l'orifice de la fossette. Cet orifice est situé ici vers la terminaison du côlon terminal, contre la fin de la portion transversale, entre celle-ci et la naissance de la minuscule portion pel-

vienne. Il regarde en bas et à gauche, vers le psoas iliaque, et repose sur le côté gauche et un peu au-dessus du promontoire. Il est distant de la symphyse pubienne de 4 centimètres. De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 3 cent. 8. De l'épine iliaque antéro-supérieure droite 4 cent. 3.

Cet orifice est transversal semi-lunaire, parallèlement au diamètre transverse du bassin. De sa concavité semblent sortir l'uretère gauche venant de gauche à droite pour plonger dans l'excavation; l'artère et la veine iliaque externes croisées par l'uretère et dans la direction opposée, c'est-à-dire de droite à gauche. L'artère sacrée moyenne est située à son extrémité droite.

Le sommet de la fossette est dirigé en haut vers le promontoire mais il n'y a pas de profondeur à proprement parler. C'est une simple dépression. La fossette est limitée à gauche par deux petites brides du péritoine qui partent du ligament large et du fascia iliaca du même côté. Ce sont les ligaments colo-iliaque et infundibulo-colique de M. Jonnesco.

Observation V

Sexe : F. — *Age :* 7 ans. — *Longueur :* 110 centimètres.

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 17 centimètres; A. P., 7 cent. 5; T., 8 centimètres.

Colon terminal

Ce côlon terminal appartient au *type ilio-pelvien;* il part de la crête iliaque gauche, parcourt la fosse iliaque du même nom, croisant et embrassant dans sa concavité le m. psoas, l'artère et la veine iliaque externes, l'uretère gauche; il descend dans l'excavation, longe la face interne de l'os coxal, l'obturateur interne, le ligament large, le ligament rond, la vessie, forme un U à concavité supérieure, de là se recourbe deux fois sur lui-même dans le diamètre antéro-supérieur du bassin, atteint le promontoire, puis descend le long du sacrum, pour se continuer avec le rectum.

Rapports. — *En avant :* masse de l'intestin grêle, paroi abdominale, ouraque, artères ombilicales. *En arrière :* m. iliaque, m. psoas, artère iliaque primitive, vaisseaux iliaques externes, vaisseaux iliaques internes, uretère gauche, ovaire, ligament large du côté gauche, utérus, artère sacrée moyenne, méso-côlon pelvien. *Du côté gauche :* m. iliaque, intestin grêle, paroi abdominale. *Du côté droit :* vessie, ovaire, ligament large, uretère droit, vaisseaux iliaques externes. *En haut :* intestin grêle. *En bas :* intestin grêle, utérus, ligament large, vessie, arcade crurale.

Fossette intersigmoide

Si nous relevons le côlon terminal et si nous l'étalons, nous apercevons un rudiment de fossette, car il n'y a pas de fossette à proprement parler : à peine un orifice, qui n'est que l'angle dièdre, que la charnière d'un double volet formé par le péritoine qui se rabat sur lui-même.

Cette région repose sur le promontoire (ligne médiane), et le sommet de l'angle dièdre est distant : du promontoire, de 10 millimètres et de 10 cent. 5 de chacune des épines iliaques antéro-supérieures.

Les artères de cette région intersigmoïde sont au nombre de trois.

L'artère sigmoïde gauche venant de la colique moyenne gauche. *L'artère sigmoïde moyenne et l'artère sigmoïde droite* constituées par la bifurcation de l'artère colique inférieure gauche.

Il est à remarquer que l'artère sigmoïde moyenne et l'artère sigmoïde droite s'anastomosent très près de ce qui représente l'orifice de la fossette : l'artère sigmoïde gauche ne s'anastomose pas avec les deux précédentes mais avec l'artère colique supérieure gauche.

La disposition de ces artères n'a ici rien de particulier, elles sont disposées en arcades comme dans le reste de l'intestin.

Les veines forment des plexus constituant en définitive trois gros troncs qui suivent la direction des artères ; deux sont très rapprochés, ceux qui répondent à l'artère moyenne et à l'artère droite, le troisième

est éloigné, celui qui répond à l'artère gauche. Les artères sigmoïdes moyenne et gauche sont en rapport en arrière avec l'artère hémorrhoïdale supérieure. Notons encore que l'artère et la veine iliaques primitives, semblent sortir de la fossette, et que celle-ci n'affecte, chez se sujet, *aucun rapport avec l'uretère gauche.*

Observation VI

Sexe: F. — *Age:* 14 jours. — *Poids:* 1.420 grammes. — *Longueur :* 42 centimètres. — *Débilité congénitale.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 2; A. P., 3 centimètres; T., 3 cent. 3.

Colon terminal

Ce côlon appartient franchement au *type ilio-abdomino-pelvien :* car il se divise en trois parties bien distinctes occupant chacune une région différente :

1° *Une portion iliaque descendante,* parcourant la région postérieure de la fosse iliaque gauche et mesurant 3 cent. 7.

2° *Une seconde portion, abdominale, horizontale* se coudant presque à angle droit avec la première, ayant la forme d'un U à concavité gauche, recouvrant l'aire du détroit supérieur et parcourant deux fois, mais en sens inverse, le diamètre transverse du bassin. Les deux branches de l'U reposent à leurs extrémités sur le pourtour du détroit supérieur et les organes qui le bordent: cette portion mesure 5 centimètres.

3° *Une portion entièrement pelvienne,* contenue dans le petit bassin, ayant la forme d'un autre U, vu de face celui-là, à concavité supérieure sur laquelle repose la branche inférieure du premier U. Cette portion pelvienne s'étant relevée pour former la branche droite de l'U, affleure au niveau du plan du détroit supérieur, et là se recourbe une fois encore, mais en arrière, pour longer le sacrum et se continue avec le rectum.

Cette portion mesure 7 centimètres.

Rapports de la portion iliaque. — En avant : Intestin grêle. *En arrière* : m. iliaque, psoas, uretère gauche. *A gauche :* m. iliaque, crête iliaque. *A droite :* méso-côlon iliaque, veine petite mésaraïque. *En haut :* bord inférieur du rein gauche. *En bas :* muscles de la fosse iliaque.

Rapports de la portion abdominale. — En avant et en haut : Intestin grêle. *En arrière et en bas* : promontoire, méso-côlon, naissance de la petite mésaraïque, psoas-iliaque, uretères, vaisseaux iliaques primitifs et externes des deux côtés, organes contenus dans le petit bassin au-dessus desquels il repose, portion pelvienne du côlon terminal, vessie distendue.

Rapports de la portion pelvienne. — En avant : vessie dont elle est séparée par le corps de l'utérus et les ligaments larges. Noter que cet utérus est rejeté du côté gauche de l'excavation et regarde le trou ovale gauche. *En arrière* : méso-côlon pelvien, m. pyramidal, artère sacrée moyenne, artère hémorrhoïdale supérieure. *A gauche :* utérus, ligament large gauche; ovaire, pavillon de la trompe, uretère, nerf de l'obturateur interne, artère ombilicale. *A droite :* ovaire droit et trompe, uretère, artère ombilicale, symphyse sacro-iliaque droite. *En bas :* releveur cocci-périnéal. *En haut :* portion abdominale de l'intestin grêle, sacrum.

Fossette intersigmoide

Elle est située ici entre les branches de l'U abdominal, mais plus près de la branche supérieure que de la branche inférieure. Son orifice regarde en bas et un peu en dedans; il a à peu près 6 à 7 millimètres de diamètre dans tous les sens. La fossette a une profondeur à peine appréciable, 3 millimètres au plus. En avant de cet orifice, se trouve une arcade artérielle formée par l'*artère sigmoïde gauche* et par l'*artère sigmoïde moyenne*, venant de la bifurcation de la colique moyenne gauche. Une arcade veineuse accompagne l'arcade artérielle. L'orifice est limité à gauche par une bride péritonéale qui semble

monter du péritoine viscéral sur l'orifice (ligament colo-iliaque). On voit par transparence l'uretère gauche et l'artère iliaque primitive accompagnée de sa veine. L'artère sacrée moyenne transparaît un peu plus à droite.

Distance de l'orifice au promontoire, 1 cent. 5 (Ne pas oublier que l'orifice est au-dessus et à gauche du promontoire.); à la symphyse pubienne, 4 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 2 cent. 4; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 cent. 5.

Observation VII

Sexe : F. — *Age :* 7 jours. — *Poids :* 1.860 grammes. — *Longueur :* 41 centimètres. — *Syphilis constitutionnelle.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 cent. 5; A. P., 2 cent. 8; T., 3 cent. 2.

Colon terminal

Ce côlon terminal appartient *au type ilio-abdominal*, se décomposant en une portion iliaque mesurant 7 cent. 5, et une portion abdominale suivie d'une minuscule portion pelvienne, mesurant ensemble 9 centimètres. La plus grande portion de ce côlon terminal est plissée, affaissée sur elle-même, entièrement privée de gaz et de matières.

Rapports. — En avant : Intestin grêle, mais bien davantage paroi abdominale, bord inférieur du lobe gauche du foie. *En arrière :* méso-côlon, petite mésaraïque, pourtour du détroit supérieur, vaisseaux iliaques et fascia iliaca le séparant du psoas et de l'iliaque. *A gauche :* crête iliaque, arcade crurale, paroi abdominale. *A droite :* méso-côlon ilio-abdominal, cœcum et appendice iléo-cœcal, intestin grêle, uretère droit, ovaire et pavillon de la trompe du même côté.

La très courte portion pelvienne est en rapport avec l'uretère

gauche, l'artère hémorrhoïdale supérieure et le sacrum en arrière, avec l'utérus en avant.

FOSSETTE INTERSIGMOIDE

Elle est située *à droite* de la colonne vertébrale, *au niveau du milieu de la région lombaire*. Son orifice, large de 1 centimètre en tout sens, regarde en bas et à gauche, et est limité à gauche par une bride péritonéale partant du niveau du fascia iliaca (ligament colo-iliaque), et à droite par une bride partant du méso-côlon abdominal ; l'uretère gauche croise son extrémité gauche.

Cet orifice est distant : du promontoire de 1 cent. 5, de la symphyse pubienne de 3 centimètres, de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche de 4 centimètres, de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 3 cent. 5. La profondeur de la fossette est d'environ 1 centimètre. Sous le péritoine pariétal qui en forme la paroi postérieure, on voit sortir l'artère hémorrhoïdale supérieure. Il y a chez ce sujet trois artères sigmoïdes dont la description se rapproche entièrement du type décrit par le professeur Testut et par M. Jonnesco (Cf. ces auteurs).

OBSERVATION VIII

Sexe : P. — *Age :* 15 mois. — *Longueur :* 70 centimètres.

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 11 centimètres ; A. P., 4 cent. 4 ; T., 5 centimètres.

COLON TERMINAL

Ce côlon réalise exactement le type du *côlon ilio-pelvien* du professeur Testut : il se divise en *deux portions,* l'une *iliaque,* descendante, l'autre, *pelvienne,* descendante, et horizontale dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur, sigmoïde en un mot. Il faut noter que ce sujet est mort de diarrhée chronique, et que tout le côlon lombaire gauche et tout le côlon terminal ont considérablement perdu de leur volume, toute cette portion du gros intestin est rétrécie, sclérosée,

de consistance presque ligneuse, cachée dans la fosse iliaque gauche et à la partie postérieure de l'excavation pelvienne, ce qui fait que ces régions paraissent presque vides.

La portion iliaque mesure 6 centimètres. La portion pelvienne 12 cent. 5.

Rapports de la portion iliaque. — En avant : Intestin grêle. *En arrière :* m. iliaque, m. psoas, nerfs fémoro-cutané, génito-crural, artère iliaque externe. *A gauche :* Crête iliaque, m. iliaque. *A droite:* Méso-côlon iliaque, origines de la petite mésaraïque, branches de l'artère colique moyenne gauche. *En haut:* Bord inférieur du rein gauche. *En bas :* Pourtour du détroit supérieure.

Rapports de la portion pelvienne. — En haut et en avant : Intestin grêle, vessie, utérus, ligaments larges. *En arrière et en bas :* Méso-côlon pelvien, origines de la petite mésaraïque, artères sigmoïdes, artère colique inférieure gauche, artère hémorrhoïdale supérieure, artère sacrée moyenne, sacrum, ampoule rectale, releveur cocci-périnéal. *A gauche :* Artère et veine hypogastriques, uretère, nerf honteux interne, ovaire. *A droite :* Artère et veine hypogastriques, artère sacrée latérale.

Fossette intersigmoide

L'orifice de la fossette regarde verticalement en bas; il est situé à côté et le long du bord gauche des deux dernières vertèbres lombaires, il correspond même plus exactement à l'interligne articulaire.

Profondeur de la fossette, 8 millimètres; diamètre transversal de l'orifice, 1 cent. 5; diamètre antéro-postérieur, 9 millimètres.

Cet orifice est distant du promontoire de 1 cent. 3, de la symphyse pubienne, de 5 centimètres, de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche de 4 cent. 8, de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 10 cent. 5. Il est limité en avant par le repli du péritoine bordé lui-même par une arcade veineuse volumineuse, et par deux artères sigmoïdes. Les veines se rendent à la petite mésaraïque. Il n'y a chez ce sujet que *deux artères sigmoïdes*, branches de bifurcation de la colique

moyenne gauche, ces deux artères sigmoïdes sont : l'une gauche, l'autre presque médiane, il n'y a pas d'artère sigmoïde droite, la colique inférieure gauche ayant un trajet bien plus éloigné et déjeté à droite.

La fossette est limitée en arrière par le volet postérieur du péritoine. Au fond de la fossette, on aperçoit par transparence, et dans une direction oblique, de gauche à droite et de bas en haut, la volumineuse veine iliaque primitive gauche.

Du côté gauche, exactement dans l'angle externe et croisant l'artère iliaque primitive, on voit sortir l'*uretère gauche* oblique de haut en bas et de gauche à droite. De l'angle du côté droit, on voit sortir l'artère hémorrhoïdale supérieure. En somme, la fossette intersigmoïde apparaît comme une sorte de tronc de cône à base inférieure et à section oblique, limité en avant et en arrière par les feuillets péritonéaux, à gauche par l'artère iliaque primitive croisée par l'uretère gauche, à droite par l'artère hémorrhoïdale supérieure. La veine iliaque primitive gauche constitue la section du tronc de cône.

Observation IX

Fœtus à terme. — Sexe : M. — *Poids* : 3.650 grammes. — *Longueur :* 52 centimètres.

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 cent. 8 ; A. P., 3 centimètres ; T., 3 cent. 3.

Colon terminal

Le côlon de ce sujet appartient au *type ilio-abdominal*, la portion pelvienne, presque nulle, mesurant quelques millimètres à peine. Je décrirai donc une *portion iliaque* et une *portion abdominale*. La portion iliaque mesure 4 cent. 5, elle descend obliquement de la crête iliaque jusqu'au niveau de la symphyse sacro-iliaque.

Rapports de la portion iliaque. — En avant : Intestin grêle. *En*

arrière : crête iliaque, m. iliaque, psoas, uretère gauche, artère iliaque primitive. *A gauche :* intestin grêle. *A droite* : méso-côlon iliaque, origine de la petite mésaraïque.

La portion abdominale forme une sorte d'Ω à concavité inférieure, puis, descend dans l'excavation le long du sacrum.

Rapports de la portion abdominale. — En avant : intestin grêle. *En arrière* : méso-côlon abdominal, bifurcation de l'aorte abdominale, artère sacrée moyenne, uretère droit. *A gauche :* méso-côlon iliaque. *A droite :* psoas, vaisseaux iliaques primitifs, uretère droit.

Cette portion abdominale mesure 7 cent. 6.

Fossette intersigmoide

L'orifice de la fossette ayant son plus grand diamètre dans le sens transversal, regarde en bas dans l'axe de l'excavation ; cet orifice est distant: du promontoire, de 2 cent. 2 ; de la symphyse pelvienne, de 5 cent. 5 ; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, de 3 cent. 6 ; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, de 6 cent. 5; diamètre transversal de l'orifice, 9 millimètres; diamètre antéro-postérieur, 4 millimètres.

La fossette intersigmoïde a ici 7 millimètres de profondeur. L'injection poussée dans le réseau de la veine porte a montré trois veines sigmoïdes disposées en arcades, la veine gauche et la veine moyenne limitant les extrémités de l'orifice. L'*uretère gauche* semble sortir de l'angle externe de la fossette ; l'*artère iliaque primitive gauche* semble sortir de l'angle interne. Ces deux organes se croisent donc au-dessous de l'orifice. Sous ces deux organes, quand on a disséqué et écarté le volet postérieur du péritoine, on voit les fibres du psoas obliquement dirigées de dedans en dehors et de haut en bas, ayant à leur surface les deux rameaux du génito-crural.

Observation X

Sexe : M. — *Age* : 25 jours. — *Poids* : 3.240 grammes. — *Syphilis congénitale.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 8 ; A. P., 3 cent. 4 ; T., 4 centimètres.

Colon terminal

Ce côlon terminal est fort intéressant, parce qu'il est à la fois dans la fosse iliaque, dans l'abdomen et dans l'excavation pelvienne ; mais il existe dans le petit bassin avant d'être dans l'abdomen, il est pelvien avant d'être abdominal ; il est *ilio-pelvi-abdominal.* Il part de la crête iliaque gauche, traverse la fosse iliaque, croise le psoas et les vaisseaux iliaques, descend dans le petit bassin contre la paroi gauche de l'excavation, se recourbe en avant de l'ampoule rectale, remonte le long de la paroi droite de l'excavation, parcourt, après un nouveau coude de droite à gauche le diamètre transverse du détroit supérieur, croise le côlon iliaque et s'en va, toujours transversal jusqu'au contact de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Là, il perd son calibre normal, s'aplatit, se recourbe une fois encore formant un V à concavité ouverte à droite, à sommet reposant près de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, recroise le côlon iliaque au-dessus de la branche inférieure du V, croise les vaisseaux iliaques primitifs, puis descend vers la ligne médiane dans la concavité du sacrum pour se continuer avec le rectum.

Portion iliaque : longueur, 3 cent. 8.

Rapports. — En avant : intestin grêle mais surtout les deux branches du V terminal de la portion abdominale. *En arrière :* crête iliaque, m. iliaque, vaisseaux iliaques externes. *A gauche :* m. iliaque, sommet du V. *A droite :* méso-côlon iliaque, portion abdominale. *En haut :* bord inférieur du rein gauche. *En bas :* se continue avec la portion pelvienne.

Portion pelvienne : longueur, 7 centimètres, forme un U à concavité supérieure.

Rapports. — En avant : vessie, artères ombilicales. *En arrière :* méso-côlon pelvien, uretère gauche, muscles pyramidaux, sacrum,

rectum. *A droite et à gauche* : paroi de l'excavation, uretères, vaisseaux hypogastriques.

Portion abdominale. — Cette portion forme un V transversal à ouverture droite, à sommet reposant au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Les deux branches réunies ont une longueur de 9 cent. 9.

Rapports. — *En avant :* intestin grêle. *En arrière :* méso-côlon iliaque, côlon iliaque, m. iliaque, crête iliaque, paroi latérale gauche de l'abdomen. Cette portion du côlon terminal est aplatie et son bord inférieur repose dans la fosse iliaque et sur la portion pelvienne.

Fossette intersigmoide

Cette fossette est située exactement sur la ligne médiane, elle se trouve sous le méso-côlon limité par les deux branches du V abdominal. Son orifice regarde à droite et en bas quand le côlon est en place, à gauche et en bas quand il est relevé et étalé; la fossette a une profondeur de 1 cent. 5; l'orifice est distant du promontoire de 1 centimètre; de la symphyse pubienne de 4; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 4 cent. 2; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 cent. 2.

Les artères sigmoïdes offrent la disposition classique, c'est dire qu'elles sont au nombre de trois : gauche, moyenne et droite.

En somme, l'ensemble de cette fossette représente un cône dont la base repose sur le promontoire.

En avant et en arrière : péritoine. *A gauche :* uretère gauche croisant les vaisseaux iliaques primitifs. *A droite :* artère hémorrhoïdale supérieure, uretère droit. *Au sommet du cône :* veine iliaque primitive gauche croisant la colonne vertébrale. Au milieu de la fossette, on voit par transparence l'artère sacrée moyenne. Notons encore que l'ouverture de la fossette qui mesure transversalement 1 cent. 1/2 est limitée à gauche par une bride péritonéale qui part du fascia iliaca (ligament colo-iliaque).

Observation XI

Sexe : F. — *Age :* 2 jours. — *Poids :* 2.080 grammes. — *Longueur :* 45 centimètres. — *Syphilis congénitale.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 6; A. P., 3 centimètres; T., 3 cent. 2.

Colon terminal

Le côlon de ce sujet est extrêmement intéressant : il n'est ni iliaque, ni pelvien ; *il est entièrement abdominal* et présente une direction et des rapports que je n'ai retrouvés dans nulle autre de mes autopsies. La disposition anormale de cette portion du gros intestin que je vais décrire tout-à-l'heure, tient à une ptose des reins : ces organes sont en effet notablement descendus dans la cavité abdominale. Ils ont abandonné leur situation normale sous le diaphragme, de chaque côté de la colonne vertébrale, pour venir se loger respectivement à la partie supérieure de la fosse iliaque, leur portion moyenne correspondant à la crête iliaque. Le côlon terminal commence donc au hile du rein gauche, se recourbe pour suivre la direction de ce rein et va, traversant la cavité abdominale presque en droite ligne, aboutir à l'extrémité inférieure du rein droit; là il se coude en haut et en arrière, suit le bord interne de ce rein jusqu'à la colonne vertébrale, d'où, formant un nouveau coude il redescend dans une direction oblique de haut en bas et de gauche à droite, suit le contour du détroit supérieur, longe l'ovaire droit, traverse le diamètre transverse du détroit supérieur de droite à gauche en faisant une légère courbe supérieure, puis plonge en arrière vers le sacrum, dans l'excavation, pour aboutir au rectum.

Rapports de la portion transversale allant du rein gauche au rein droit. *En avant :* intestin grêle. *En arrière :* rein gauche, uretère gauche, colonne vertébrale, portion descendante de la boucle formée par la seconde partie du côlon terminal. *En haut :* rate (très volumineuse), méso-côlon abdominal; ce méso-côlon est très court et ne laisse

aucune liberté à cette portion du gros instestin. *En bas :* rein gauche, masse de l'intestin grêle qui recouvre aussi les extrémités droite et gauche de cette portion.

Rapports de la boucle. — *En avant :* intestin grêle, méso-côlon abdominal, portion transversale, utérus, ligament large du côté gauche. *En arrière :* rein droit, uretère droit, ovaire droit, vaisseaux iliaques droits, promontoire et sacrum.

Fossette intersigmoide

Malgré les recherches les plus attentives, *je n'ai pu trouver de fossette intersigmoïde :* à peine peut-être une dépression insignifiante, un recessus minuscule situé sur le rein gauche, ayant celui-ci comme paroi postérieure et la partie transversale du côlon comme paroi antérieure. Cela tient à la situation anormale du côlon. Cependant, je crois que cette dépression, dont il n'est pas possible de mesurer les dimensions, représente bien un rudiment de fossette intersigmoïde, étant donné ce fait que mes nécropsies m'ont permis d'établir et dont je fais un caractère constant : A savoir que l'uretère gauche émerge sous ce recessus péritonéal et le limite à gauche. Il n'a pas été possible d'injecter les artères et les veines de cette partie du côlon.

Observation XII

Sexe : M. — *Age :* 25 jours. — *Poids :* 2.295 grammes. — *Longueur :* 49 centimètres. — *Athrepsie.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 cent. 6; A. P., 3 cent. 3; T., 3 cent. 6.

Colon terminal

Ce côlon est *ilio-pelvien.* Il part de l'extrémité inférieure du rein gauche; parcourt la fosse iliaque, puis, au niveau du bord interne du psoas plonge dans l'excavation qu'il traverse de gauche à droite, vers

la grande échancrure sciatique du côté droit, où il se coude pour former un U à concavité gauche, parcourant le diamètre transversal du bassin ; il arrive sur la paroi interne de l'os coxal du côté gauche, où il se continue avec le rectum, qui chez ce sujet n'affecte aucun rapport avec le sacrum. La portion iliaque mesure 4 centimètres, la portion pelvienne 7 cent. 8.

Rapports de la portion iliaque. — *En avant :* intestin grêle. *En arrière :* crête iliaque, muscle iliaque, psoas, nerf génito-crural, vaisseaux spermatiques, artère iliaque externe. *A gauche :* organes de la fosse iliaque. *A droite :* méso-côlon iliaque, origines de la petite mésaraïque, arcade anastomotique unissant la branche externe de l'artère colique moyenne gauche à la colique supérieure gauche.

Rapports de la portion pelvienne. — *En avant :* anses de l'intestin grêle, descendant très bas dans l'excavation et séparant cette portion du côlon de la vessie. *En arrière :* artère hémorrhoïdale, artère sacrée moyenne, muscles pyramidaux, sacrum. *De chaque côté* : vaisseaux hypogastriques, uretère.

Fossette intersigmoide

Elle est située entre l'extrémité inférieure de la portion iliaque et la branche supérieure de l'U pelvien; elle a 1 centimètre de profondeur. Son orifice, qui a 5 millimètres de largeur est à peu près circulaire et regarde en bas dans l'axe de l'excavation. Cet orifice de la fossette repose sur le promontoire, mais il est rejeté un peu du côté gauche; il est distant : de la symphyse pubienne de 3 cent. 5; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche de 3 cent. 4; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 4 cent. 3.

La fossette est limitée en arrière par le péritoine pariétal qui recouvre le promontoire et la veine iliaque primitive gauche, qui, comme toujours, constitue le fond de la fossette. *En avant* elle est limitée par le méso-côlon terminal irrigué par des artères et des veines sur lesquelles je reviendrai tout-à-l'heure. *A gauche*, se trouve l'uretère

gauche, au point précis où il croise l'artère iliaque primitive au moment de sa bifurcation. *A droite*, la fossette est limitée dans toute sa longueur par l'artère hémorrhoïdale supérieure. Notons encore qu'une courte bride péritonéale unit du côté gauche le péritoine qui recouvre l'artère iliaque externe au méso-côlon terminal (ligament colo-iliaque).

Artères. - Un très riche réseau artériel occupe le toit ou paroi antérieure de la fossette. Ces artères sigmoïdes émanent des coliques moyenne et inférieure gauches. La colique moyenne gauche se bifurque vers son tiers inférieur, pour donner une branche qui se résout elle-même en plusieurs artérioles constituant un groupe sigmoïdien gauche, et une autre branche qui donne un groupe sigmoïdien moyen. C'est cette colique moyenne gauche qui est la plus volumineuse et occupe le point le plus saillant du toit de la fossette. La colique inférieure gauche constitue un tronc unique, qui forme un groupe sigmoïdien droit. Toutes ces artérioles s'anastomosent en arcades le long du bord supérieur du côlon.

Veines. — Les veines suivent le même trajet que les artères et se réunissent en un gros tronc qui va s'aboucher aux troncs veineux, émanés des autres parties du gros intestin pour former la petite mésaraïque.

Observation XIII

Sexe: M. — *Age:* 24 jours. — *Poids:* 2.250. — *Longueur:* 46 centimètres. — *Athrepsie.*

Diamètres du bassin: Bis-iliaque, 7 cent. 5; A P, 3 cent. 5; T, 3 cent. 7.

Colon terminal

Ce côlon est *ilio-abdomino-pelvien :* il descend dans la fosse iliaque, puis dans l'abdomen, et dans l'excavation. Les deux dernières portions forment deux U superposés et dirigés en sens inverse; le premier U a sa branche supérieure située dans l'abdomen, le reste

appartient au côlon pelvien; la concavité du premier U est ouverte à gauche, et son sommet repose sur le psoas droit. Le deuxième U a sa concavité ouverte à droite, et sa convexité repose sur l'acétabulum gauche.

Rapports de la portion iliaque. — Cette portion mesure 3 cent. 3 et ses rapports sont les mêmes qu'ailleurs : il est inutile d'y revenir.

Rapports de la portion abdominale. — *En avant :* intestin grêle. *En arrière :* psoas de chaque côté, vaisseaux iliaques, biburcation de l'aorte, vaisseaux iliaques primitifs, colonne vertébrale, uretères. *En haut :* méso-côlon ilio-abdominal. *En bas* : portion pelvienne.

Rapports de la portion pelvienne. — *En avant et en haut*: intestin grêle, vessie, ouraque, artères ombilicales. *En arrière et en bas :* artère sacrée moyenne, artère hémorrhoïdale supérieure, vaisseaux hypogastriques, muscles pyramidaux, sacrum. Les portions abdominale et pelvienne ont ensemble une longueur de 13 cent. 8.

Fossette intersigmoide

Elle est située sur le côté gauche de la colonne vertébrale, sur la dernière vertèbre lombaire; son orifice est allongé transversalement et regarde la direction de l'artère iliaque externe. Cet orifice est distant du promontoire de 3 millimètres; de la symphyse pubienne de 4 cent. 1; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche de 3 cent. 7; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite de 4 cent. 4. La fossette n'a pas une profondeur appréciable, c'est encore un simple repli du péritoine soulevé à ses deux extrémités par l'uretère gauche à gauche, par l'artère hémorrhoïdale supérieure à droite; la paroi postérieure de la fossette et son sommet sont occupés par la veine iliaque primitive gauche.

Les artères sigmoïdes sont au nombre de *quatre et viennent toutes de l'artère colique moyenne gauche.*

Observation XIV

Sexe : F.; *Age :* 20 mois.

Sur cette enfant morte de tuberculose intestinale, il ne m'a pas été

possible de pratiquer une autopsie complète : durant les quelques instants que j'ai pu l'examiner, j'ai pu seulement faire un rapide examen de la fossette intersigmoïde. Mais cette courte observation vient à l'appui de mes observations antérieures, et tend à établir comme les précédentes les limites de la fossette.

Chez ce sujet, la fossette intersigmoïde reposait un peu à gauche, sur la dernière vertèbre lombaire ; sous son extrémité gauche, émergeait l'uretère gauche, sous son extrémité droite l'artère hémorrhoïdale supérieure, et au fond de la fossette, on apercevait la veine iliaque primitive gauche.

Observation XV

Sexe : F. — *Age :* 2 ans 1/2. — *Longueur :* 74 centimètres.

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 12 cent. 2; A. P., 5 cent. 2; T., 5 cent. 6.

Colon terminal

Côlon ilio-abdomino-pelvien formant, dans sa portion ilio-abdominale, une anse à concavité postérieure partant de la partie postérieure de la crête iliaque, suivant tout le bord de cette crête et venant aboutir sur le bord externe du psoas droit, dans la fosse iliaque droite. De là, le côlon se recourbe en dedans, devient pelvien, occupe la moitié gauche de l'excavation et va finir au rectum, au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Longueur de la portion ilio-abdominale, 23 centimètres. Longueur de la portion pelvienne, 6 cent. 7.

C'est bien l'anse sigmoïde décrite par le professeur Testut, avec cette différence que l'anse n'est pas dans l'excavation, mais dans l'abdomen.

Rapports de la portion ilio-abdominale. — En avant et en haut : intestin grêle. *En arrière et en bas* : psoas, m. iliaque, vaisseaux iliaques primitifs, vaisseaux iliaques externes du côté gauche, por-

tion pelvienne, vaisseaux iliaques externes du côté droit, psoas droit, méso-côlon ilio-abdominal. *A gauche* : crête iliaque et paroi abdominale. *A droite :* intestin grêle, cœcum.

Rapports de la portion pelvienne. — En avant et en haut : portion abdominale, utérus, ligament large du côté droit. *En arrière et en bas :* vaisseaux hypogastriques droits, artère hémorrhoïdale supérieure, artère sacrée moyenne, méso-côlon pelvien, rectum, sacrum.

Fossette intersigmoide

Située dans la portion ilio-abdominale, reposant sur la paroi gauche du promontoire et profonde, de bas en haut, de 1 cent. 1/2. Son orifice, ayant la forme d'une fente transversale, regarde en bas et à gauche, dans la direction de l'artère iliaque externe. La fossette représente un angle dièdre limité en avant par le méso-côlon ilio-abdominal, en arrière par le péritoine pariétal; à gauche, l'ouverture de l'angle est fermée par l'uretère gauche; un peu en dedans et dans une direction opposée, se trouve le tronc de l'artère iliaque primitive; à droite, l'ouverture de l'angle est fermée par l'artère hémorrhoïdale supérieure; au sommet de la paroi postérieure de la fossette, se trouve la veine iliaque primitive gauche.

Distance de la fossette : à la symphyse pubienne, 5 cent. 7; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 5 cent. 4; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 7 cent. 5

Artères sigmoïdes. — Elles sont ici au nombre de *quatre*. La plus externe naît de la colique supérieure gauche, très près de son origine, et descend immédiatement en bas, tandis que le tronc principal de l'artère s'élance vers la partie supérieure pour aller irriguer la moitié gauche du côlon transverse et la portion lombaire du côlon descendant. Les trois autres artères sigmoïdes naissent de la colique moyenne gauche. Le premier de ces vaisseaux s'anastomose très près de son origine avec la branche issue de la colique supérieure. Les trois troncs issus de la colique moyenne s'anastomosent entre eux et se ramifient

à l'infini offrant, après injection, un très riche réseau occupant tout le méso-côlon de la paroi antérieure de la fossette.

L'artère colique inférieure gauche ne donne ici aucune branche à la fossette.

Veines. — Les veines très flexueuses, suivent le trajet des artères et forment par leur réunion la veine colique moyenne et la veine colique supérieure gauches aboutissant à la veine mésentérique inférieure.

Observation XVI

Fœtus de 6 mois, macéré. — *Sexe :* F. — *Longueur :* 39 centimètres. — *Poids :* 840 grammes.

Colon terminal

Le côlon terminal de ce fœtus appartient au type *ilio-abdominal*, la portion iliaque est descendante, la portion abdominale est disposée en Ω à convexité supérieure. *La fossette intersigmoïde* existe à l'état de simple repli du péritoine, sous le méso-côlon abdominal, duquel on voit, par transparence, émerger du côté gauche le cordon blanc de l'uretère gauche. *A droite :* un minuscule cordon gris rosé qui n'est autre que l'artère hémorrhoïdale supérieure, ainsi que l'a démontré une dissection minutieuse. Au fond et au milieu du repli péritonéal existent l'artère et la veine iliaques primitives, celle-ci débordant celle-la.

Observation XVII

Sexe : M. — *Age :* 30 jours. — *Poids :* 1.850 grammes. — *Longueur :* 46 centimètres. — *Athrepsie.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 centimètres ; A. P., 3 centimètres ; T., 3 cent. 3.

Colon terminal

Côlon ilio-pelvien. — Il descend directement, depuis la partie postérieure de la crête iliaque gauche dans l'excavation jusque sur le

plancher pelvien, puis, il se relève et remonte dans l'excavation, jusque à la moitié de sa hauteur. Là, il devient horizontal et parcourt de gauche à droite le diamètre transverse du bassin; il se coude en arrière vers le sacrum et se continue avec le rectum.

La portion iliaque mesure 3 cent. 5 *et la portion pelvienne* 9 centimètres.

Rapports de la portion iliaque. — En avant et en haut : Intestin grêle. *En arrière et en bas* : Méso-côlon iliaque m. iliaque, psoas, nerf génito-crural, vaisseaux iliaques primitifs. *A gauche :* Intestin grêle et paroi abdominale. *A droite :* Méso-côlon iliaque, uretère gauche.

Rapports de la portion pelvienne, — En avant et en haut : Vessie, artères ombilicales, intestin grêle. *En arrière :* Méso-côlon pelvien, artères sigmoïdes, veines sigmoïdes, artère hémorrhoïdale supérieure, veines hémorrhoïdales, artère sacrée moyenne, m. pyramidaux, sacrum.

De chaque côté, vaisseaux iliaques internes, uretère.

Fossette intersigmoide

Située entre les portions iliaque et pelvienne, de profondeur inappréciable, son orifice regarde en bas et à gauche dans la direction de l'artère iliaque externe. Sa paroi antérieure est un volet constitué par le méso-côlon ilio-pelvien, sa paroi postérieure par le péritoine qui recouvre le promontoire; son extrémité gauche est limitée par l'uretère gauche et par le nerf génito-crural, son extrémité droite par la terminaison de la mésentérique inférieure qui est l'artère hémorrhoïdale supérieure. Au fond de de court repli péritonéal, on aperçoit par transparence la veine iliaque primitive gauche.

Distance de l'orifice de la fossette : à la symphyse pubienne, 3 cent. 4; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 2 cent. 7; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 3 cent. 7.

Les artères sigmoïdes sont ici au nombre de *trois*, venant toutes de la colique moyenne gauche.

Observation XVIII

Sexe : F. — *Age :* 4 jours. — *Poids :* 1.185 grammes. — *Longueur :* 38 centimètres. — *Débilité congénitale.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 5 cent. 2; A. P., 2 cent. 4; T., 2 cent. 6.

Colon terminal

Le côlon de ce sujet appartient au *type ilio-abdominal* : la portion iliaque qui mesure 3 cent. 8, occupe la fosse iliaque gauche, et affecte des rapports qui nous sont connus, étant toujours les mêmes dans tous les cas qu'il m'a été donné d'examiner.

La portion abdominale, plus intéressante en ce sens qu'elle n'a pas de forme déterminée, qu'elle est toujours variable, offre ici l'aspect d'un Ω à concavité inférieure, occupant l'aire du détroit supérieur et la fosse iliaque droite, remontant à droite jusqu'au niveau du rein droit, puis, allant de droite à gauche dans un très court trajet pelvien vers le sacrum pour se continuer avec le rectum.

Rapports de la portion abdominale. — En avant : intestin grêle, paroi abdominale, vessie, ouraque. *En arrière :* Méso-côlon abdominal, bifurcation de l'aorte, psoas droit, vaisseaux et nerfs du bord interne de ce muscle, fosse iliaque droite. *A gauche :* psoas gauche, portion iliaque. *A droite :* crête iliaque droite, paroi latérale droite de l'abdomen, fosse iliaque droite, ovaire et trompe du côté droit. Cette portion mesure 10 centimètres.

Fossette intersigmoïde

La fossette intersigmoïde, chez ce sujet, est semblable à celles que j'ai trouvé dans la majorité des cas, c'est-à-dire qu'elle est située à gauche de la colonne vertébrale et un peu au-dessus du promontoire ; elle est limitée à gauche par l'uretère gauche. *A droite :* par l'artère hémorrhoïdale supérieure. Au fond de la fossette et entre ces deux

organes se trouve la veine iliaque primitive gauche. L'orifice de la fossette est distant du promontoire de 1 centimètre; de la symphyse pubienne, de 3 cent. 3; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 2 cent. 8; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, de 3 cent. 2.

Les artères sigmoïdes sont au nombre de *cinq*. L'artère la plus externe vient de la colique supérieure gauche, trois autres de la colique moyenne gauche, la dernière de la colique inférieure gauche. Un tronc veineux ramène le sang des trois artères sigmoïdes moyennes et de l'artère sigmoïde droite. Le sang de l'artère sigmoïde gauche, celui qui provient de l'artère colique supérieure gauche est ramené par une autre veine qui va s'unir à des veinules émanées de la portion supérieure du côlon terminal.

Observation XIX

Sexe : M. — *Age* : 1 mois 1/2. — *Poids* : 2.000 grammes. — *Longueur* : 48 centimètres. — *Syphilis héréditaire*.

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 centimètres; A. P., 3 cent. 3; T., 3 cent. 5.

Colon terminal

Ce côlon terminal est *ilio-abdomino-pelvien*. Sa portion iliaque est descendante et va jusqu'au bord de l'excavation. De là, il remonte le long du psoas gauche, croise la colonne vertébrale, la bifurcation de l'aorte, les vaisseaux iliaques primitifs du côté droit, le psoas droit, aboutit au bord interne du rein droit, là se coude, pour descendre dans la fosse iliaque droite, croiser de nouveau le psoas, les vaisseaux et les nerfs qui longent le bord interne de ce muscle : c'est la portion abdominale. Il plonge ensuite le long de la paroi interne de l'excavation, la traverse en son milieu, pour aller atteindre la paroi opposée, il se contourne en arrière vers le sacrum, aboutissant ainsi au rectum : c'est la portion pelvienne.

La portion iliaque mesure 3 centimètres; la portion abdominale mesure 7 cent. 9; la portion pelvienne mesure 7 centimètres.

Rapports de la portion iliaque. — Cette portion affecte les rapports ordinaires, c'est-à-dire l'intestin grêle en avant, les organes de la fosse iliaque en arrière.

Rapports de la portion abdominale. — *En avant* : intestin grêle. *En arrière :* psoas gauche, vaisseaux iliaques, uretère, colonne vertébrale, bifurcation de l'aorte, vaisseaux iliaques primitifs droits, uretère droit, psoas droit, vaisseaux spermatiques droits. *En haut :* méso-côlon abdominal. *En bas* : organes des fosses iliaques, portion pelvienne et intestin grêle.

Rapports de la portion pelvienne. — *En avant* : intestin grêle qui la sépare de la vessie. *En arrière* : artère hémorrhoïdale supérieure, artère sacrée moyenne, m. pyramidaux et sacrum. *De chaque côté* : vaisseaux hypogastriques et uretère. *En haut* : portion abdominale. *En bas* : ampoule rectale et plancher pelvien.

Fossette intersigmoide

La fossette intersigmoïde n'existe pas ici comme chez les autres sujets, à l'état d'encoche ou de recessus : ce qui remplace ici la fossette est une région assez vaste, située sous le méso-côlon abdominal, étalée sur une grande largeur. Je considèrerai, en effet, comme fossette intersigmoïde, une partie du péritoine, située entre la colonne vertébrale, sur la ligne médiane et le hile du rein gauche. Ce n'est pas à une description fantaisiste ou à une division arbitraire que j'ai recours, la région comprise entre ces deux points étant bien limitée ici, par les deux brides péritonéales qui forment quelquefois les limites de la fossette. Chez ce sujet, vu la disposition du côlon abdominal, l'angle dièdre, qui représente la fossette, est simplement plus grand. Vers la colonne vertébrale, existe une bride péritonéale soulevée par le passage de l'artère hémorrhoïdale supérieure, qui constitue presque toujours, comme nous l'avons vu, l'extrémité droite de la fossette ; à gauche, on trouve une autre bride péritonéale unissant la face antérieure du rein gauche au bord inférieur du côlon iliaque, que j'appelerai *ligament colo-rénal*. L'uretère gauche sort de cet angle et limite comme

toujours la fossette de ce côté. Entre ces deux points extrêmes on voit, par transparence, le psoas gauches, les vaisseaux spermatiques croisant l'uretère, des filets nerveux du plexus lombaire, l'artère iliaque primitive gauche et la veine du même nom, l'artère sacrée moyenne et le promontoire.

Les artères sigmoïdes sont ici fournies par de nombreuses anastomoses entre les trois artères coliques gauches, mais comme toujours, c'est l'artère colique moyenne qui en fournit la plus grande part.

Observation XX

Sexe : F. — *Age :* cinq mois. — *Diarrhée.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 8 centimètres ; A. P., 4 cent. 5 ; T., 4 cent. 7.

Colon terminal

Le côlon terminal chez ce sujet est *ilio-pelvien* et conforme en tous points à la description devenue classique de M. le professeur Testut. Aussi c'est à lui que je renvoie au sujet de ce cas pour les détails et les rapports.

La portion iliaque mesure 3 centimètres et la portion pelvienne 11 centimètres.

Fossette intersigmoide

Chez cet enfant, la fossette intersigmoïde diffère un peu de la disposition que j'étais habitué à rencontrer et que j'ai décrite dans mes observations antérieures. Cette fossette possède une largeur de 2 centimètres, ce qui est très rare chez l'enfant, d'où il s'ensuit que la situation des organes sous-jacents restant la même, les limites de cette fossette changent.

Le diamètre de la fossette dans le sens antéro-postérieur, mesure 1 cent. 6. La limite gauche de la fossette est formée par le tiers inférieur de la face antérieure du rein gauche et par un repli falciforme assez volumineux du péritoine partant de la face antérieure de ce

rein et allant aboutir à la portion correspondante du méso-côlon iliaque. C'est le ligament que j'ai appelé *colo-rénal*. Cette extrémité gauche de la fossette, bordée par ce repli péritonéal forme une sorte de recessus latéral assez profond qui se dirige vers le hile du rein, sans l'atteindre pourtant, quoique la plus grande profondeur de la fossette mesurée sur la sonde cannelée atteigne 1 cent. 5.

Distance de la fossette : au promontoire, 3 cent. 4 ; à la symphyse pubienne, 6 cent. 7 ; à l'épine iliaque gauche, 4 cent. 7 ; à l'épine iliaque droite, 7 cent. 3.

Il y a chez ce sujet *deux artères sigmoïdes* seulement, ce qui tend à infirmer l'opinion de Waldeyer qui veut que le développement de la fossette soit en raison directe du développement vasculaire. La première de ces artères sigmoïdes vient de la branche droite de bifurcation de la colique moyenne gauche, l'autre artère sigmoïde est formée par le tronc de la colique inférieure gauche ; ces deux artères sont réunies par une anastomose en arcade, qui donne d'innombrables branches à la portion intersigmoïde du côlon.

Les *veines* offrent les mêmes dispositions que les artères, toutefois le tronc qui résulte de la colique inférieure gauche est beaucoup plus volumineux que l'autre.

Observation XXI

Sexe : F. — *Age* : 18 mois. — *Longueur* : 61 centimètres. — *Diarrhée.*

Diamètres du bassin : Bis - iliaque, 9 cent. 1 ; A. P., 3 cent. 5 ; T., 4 centimètres.

Colon terminal

Ce côlon terminal représente bien le type du côlon *ilio-abdomino-pelvien* au point de vue de sa forme, mais sa plus grande portion repose dans l'abdomen, son extrémité seule est pelvienne.

Je n'insisterai pas sur les rapports de ce côlon car ils nous sont déjà connus.

La portion iliaque, mesure 4 cent. 9. La portion abdomino-pelvienne, 13 centimètres.

Fossette intersigmoide

Elle est située à gauche de la colonne vertébrale, entre les portions iliaque et abdominale du côlon. Elle est dirigée de bas en haut et de gauche à droite : elle est profonde de 1 cent. 1/2, et remonte en haut jusqu'à la bifurcation de l'artère mésentérique inférieure en hémorrhoïdale supérieure et colique inférieure gauche.

Son orifice, large de 5 millimètres, est circulaire et regarde en bas et à gauche dans la direction de l'artère iliaque externe.

Cet orifice est distant : du promontoire de 1 centimètre ; de la symphyse pubienne, de 5 centimètres ; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, de 4 cent. 6 ; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, de 6 centimètres. Il est limité à gauche : par l'uretère gauche au moment où il croise l'artère iliaque primitive ; à droite : par l'artère hémorroïdale supérieure. Le plancher ou paroi postérieure est occupé par la veine iliaque externe à gauche, par la veine hypogastrique à droite. L'extrême fond de la fossette est occupé par la réunion de ces deux veines, formant le gros tronc de la veine iliaque primitive.

Les *artères sigmoïdes* sont au nombre de trois. La colique moyenne gauche donne, par sa bifurcation, l'artère sigmoïde gauche et l'artère sigmoïde moyenne. L'artère sigmoïde droite provient de la branche externe de la colique inférieure gauche. Ces trois artères s'envoient de nombreuses anastomoses et se résolvent en un grand nombre d'artérioles.

Les *veines* offrent la même disposition ; c'est encore la veine sigmoïde moyenne qui est la plus volumineuse.

Observation XXII

Sexe : F. — *Age* : 1 mois 1/2. — *Poids* : 1.490 grammes. — *Longueur* : 43 centimètres. — *Syphilis congénitale.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 5 cent. 6 ; A. P., 2 cent. 9 ; T., 3 centimètres.

Colon terminal

Ce côlon est *ilio-pelvien ;* il est remarquablement court, car dans sa totalité, il mesure à peine 7 cent. 4, dont 3 cent. 6 pour la portion iliaque, et 3 cent. 8 pour la portion pelvienne.

En revanche, le côlon descendant est très long : il se replie deux fois sur lui-même au-devant du rein gauche. Je me suis assuré que cette portion sinueuse appartenait bien au côlon lombaire et non au côlon iliaque, car celui-ci est fixé par un méso-côlon très court, au niveau de la crête iliaque, au point où commence d'ordinaire la portion iliaque.

Les rapports de ce côlon terminal n'offrent rien de particulier : la portion pelvienne descend, accolée à la paroi interne de l'os coxal, ne fait aucune incursion dans l'excavation, et, toujours unie à la paroi osseuse, se rend au rectum, par un coude au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Fossette intersigmoide

Elle est située entre les deux portions du côlon. Son orifice est allongé dans le sens transversal. Il mesure 6 millimètres dans ce sens et 3 millimètres dans le sens antéro-postérieur. La profondeur de la fossette est de 7 millimètres.

Cet orifice est distant :

Du promontoire, de 6 millim. ; de la symphyse pubienne, de 3 cent. 4 ; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, de 2 cent. 8 ; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, de 3 cent. 6. La fossette est limitée : *A gauche :* par l'*uretère gauche. A droite :* par l'*artère hémorrhoïdale supérieure. En avant* : par le *méso-côlon.* La *paroi postérieure* et le *fond* de la fossette sont occupés par la *veine iliaque primitive gauche.*

: *Artères. — Les artères sigmoïdes* sont au nombre de *quatre* : L'artère sigmoïde gauche et les artères sigmoïdes moyennes, au nombre de deux, sont fournies par la colique moyenne gauche. La colique inférieure gauche fournit l'artère sigmoïde droite.

Observation XXIII

Sexe : F. — *Age :* 27 jours. — *Poids* : 2.190 grammes. — *Longueur :* 47 centimètres. — *Gastro-entérite.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 2; A. P., 3 cent. 2; T., 3 cent. 5.

Colon terminal

Ce côlon est *ilio-pelvien;* il descend dans la fosse iliaque gauche, puis dans le bassin, d'abord accolé à la paroi interne de l'os coxal, traverse le diamètre transverse de gauche à droite, et se coude en arrière vers le sacrum. C'est le côlon sigmoïde.

La portion iliaque mesure 3 cent. 5; la portion pelvienne mesure 9 centimètres. Les rapports de ces deux portions nous sont déjà connus. Cependant il faut remarquer que la portion pelvienne est entourée en avant, en haut, à droite et un peu en arrière par de nombreuses anses d'intestin grêle qui occupent la plus grande partie de l'excavation.

Fossette intersigmoide

La fossette est assez volumineuse chez ce sujet, car sa profondeur est de 1 cent. 2, son orifice de 1 cent. 1 dans le sens transversal, de 6 millimètres dans le sens antéro-postérieur. Elle est située entre le méso-côlon terminal et le péritoine pariétal. Elle offre une particularité intéressante qui est la suivante : le diamètre de l'orifice est plus petit que le diamètre transversal du corps de la fossette. En effet, celle-ci a la forme d'une poire dont la petite extrémité située en bas est représentée par l'orifice.

La fossette est limitée : *En avant :* par le *méso-côlon. A gauche :* par l'*uretère gauche. A droite :* par l'*artère hémorrhoïdale supérieure.* La paroi postérieure et le fond sont occupés par les vaisseaux iliaques primitifs du côté gauche, mais, la veine déborde l'artère de toute sa largeur et c'est elle qui étant la plus inférieure est la plus visible.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 9 millimètres; à la symphyse pubienne, 4 cent. 2; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 2 cent. 8; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 cent. 3.

Artères sigmoïdes. — Elles sont au nombre de *trois :* l'artère sigmoïde gauche et l'artère sigmoïde moyenne résultent de la bifurcation de la colique moyenne gauche; l'artère sigmoïde droite est la branche la plus externe de la colique inférieure gauche. L'artère sigmoïde gauche, branche externe de la colique moyenne gauche, s'anastomose par une longue arcade avec une branche de la colique supérieure gauche, sur le bord concave du gros intestin.

Les veines, au nombre de *trois*, comme les artères, ont la même disposition, le même trajet et les mêmes rapports que celles-ci.

Observation XXIV

Sexe : M. — *Age :* 1 mois. — *Poids :* 2.590 grammes. — *Longueur :* 51 centimètres. — *Gastro-entérite.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 9; A. P., 3 cent. 6; T., 3 cent. 8.

Colon terminal

Ce côlon est *ilio-abdominal.* Il descend dans la fosse iliaque gauche, puis arrivé sur le bord interne du psoas, il remonte et suit ce bord de bas en haut, croise la colonne vertébrale, la bifurcation de l'aorte et va s'étaler au-dessus de la fosse iliaque droite, dont il est séparé par le mésentère et par une anse d'intestin grêle; là il se coude en bas et se trouve couché sur le cœcum qui est très volumineux et sur l'appendice iléo-cœcal, très long ici, car il ne mesure pas moins de 7 cent. 2. Le cœcum et son appendice sont tout entiers situés dans l'excavation pelvienne dont ils occupent presque la totalité. Je reviens à la portion abdominale : elle parcourt sur le cœcum le diamètre transverse du détroit supérieur, de droite à gauche, puis arrivée sur le milieu de la ligne innominée du côté gauche, elle plonge dans l'excavation, entre

la paroi osseuse et le bord gauche du cœcum sur un trajet de 4 millimètres à peine, pour se terminer au rectum.

Les rapports de la portion iliaque n'offrent rien d'intéressant; ceux de la portion abdominale le sont davantage à cause du développement qu'elle prend dans l'abdomen, et de la disposition du cœcum.

En avant : masse de l'intestin grêle. *En arrière :* bord interne du psoas gauche, vaisseaux et nerfs qui longent ce bord, colonne vertébrale, bifurcation de l'aorte, vaisseaux iliaques primitifs droits, intestin grêle, mésentère, et pour sa plus grande partie, cœcum et appendice iléo-cœcal.

La portion iliaque mesure 4 cent. 3; la portion abdominale mesure 12 cent. 5.

Fossette intersigmoide

Elle est située au commencement de la portion abdominale, sous la portion qui remonte le long du bord interne du psoas gauche. Cette fossette est très petite : elle mesure à peine 4 millimètres de profondeur; son orifice circulaire, de 3 millimètres de diamètre, est situé sur l'artère iliaque externe gauche et regarde dans la direction de cette artère.

Du fond de la fossette sortent l'uretère gauche et l'artère iliaque externe. Ces deux organes se croisant et divergeant, forment les bords de la fossette, l'uretère devient paroi droite et l'artère devient paroi gauche. En recherchant attentivement l'artère hémorrhoïdale supérieure, je l'ai trouvée un peu plus bas, et située, pendant un court trajet, sur le bord droit de l'uretère gauche. Comme cette fossette est très peu profonde, on n'aperçoit pas de prime abord la veine iliaque primitive gauche, repère ordinaire qui sert à limiter le fond, mais en déchirant le péritoine un peu en haut, je l'ai trouvée à 2 ou 3 millimètres au-dessus du cul-de-sac péritonéal, en sa situation normale.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 6 millimètres; à la symphyse pubienne, 4 cent. 1; à l'épine iliaque antéro-

supérieure gauche, 3 cent. 2; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 cent. 7.

Artères sigmoïdes. — Elles sont au nombre de *trois*. Deux, l'artère sigmoïde gauche et l'artère sigmoïde moyenne, résultent de la bifurcation de la colique moyenne gauche; l'artère sigmoïde droite provient de la colique inférieure gauche.

Les artères sigmoïdes gauche et moyenne rampent plus volumises et plus courtes dans le méso-côlon abdominal, ici très graisseux; l'artère sigmoïde droite et ses branches sont plus longues et plus grêles, devant irriguer la portion abdominale si développée, comme nous l'avons vu.

Les veines offrent comme toujours la même disposition, le même trajet, les mêmes rapports que les artères.

Observation XXV

Sexe : M. — *Age :* 8 jours. — *Poïds :* 2.640 grammes. — *Longueur :* 48 centimètres. — *Athrepsie.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 centimètres; A. P., 3 cent. 6; T., 3 cent. 9.

Colon terminal

Ce côlon appartient au type *ilio-abdomino-pelvien*. La portion iliaque occupe la fosse iliaque gauche et n'offre rien de particulier dans sa situation, ni dans ses rapports.

La portion abdominale a la forme d'un Ω, verticalement situé dans l'abdomen, au-dessus du diamètre oblique gauche du bassin. Il repose sur des anses d'intestin grêle en arrière, sur la vessie et la paroi abdominale en avant; de plus, il est en rapport, en avant, avec l'ouraque et les artères ombilicales. La base de l'Ω repose au détroit supérieur, sur la portion pelvienne qui comble l'excavation.

La portion pelvienne qui continue la branche postérieure de l'Ω, forme dans le bassin un V qui le remplit en entier et se trouve placé dans le diamètre transversal; il se coude à l'extrémité gauche de ce diamètre, pour se diriger en arrière vers le sacrum où il se continue avec le rectum. Je n'insiste pas sur les rapports de cette portion pelvienne, étant donné qu'elle remplit l'excavation et que, par conséquent, les organes qui, tapissant les parois osseuses de cette région, lui sont contigus, nous sont connus.

La portion iliaque mesure 3 cent. 8; la portion abdominale, 11 cent. 5; la portion pelvienne, 7 cent. 5.

Fossette intersigmoide

Elle est située entre les branches de l'Ω abdominal. Son orifice, allongé transversalement, mesure 1 centimètre dans le sens transversal, 4 millimètres dans le sens antéro- postérieur. Il regarde verticalement en bas dans l'excavation. La fossette a une profondeur de 3 millimètres. J'ai retrouvé ici les limites que depuis longtemps j'ai considérées comme typiques et sur lesquelles je reviens pour les bien établir. *A gauche :* l'uretère gauche. *A droite :* l'artère hémorrhoïdale supérieure. *Sous le plancher ou paroi postérieure :* la veine iliaque primitive gauche.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 5 millimètres; à la symphyse pubienne, 4 cent. 3; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 3 cent. 5; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 cent. 1.

Artères sigmoïdes. — Elles sont au nombre de *quatre :* l'artère sigmoïde gauche est la branche interne de la colique supérieure gauche. Les deux artères sigmoïdes moyennes sont le résultat de la bifurcation de la colique moyenne gauche. L'artère sigmoïde droite provient de la colique inférieure gauche. *Les veines* sont très volumineuses ici et situées sous les artères. C'est dire qu'elles font saillie dans la fossette.

Observation XXVI

Sexe : M. — *Age :* 20 mois. — *Longueur :* 72 centimètres. — *Dothiénenterie.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 12 cent. 3; A. P., 5 cent. 4; T., 6 centimètres.

Colon terminal

Ce côlon terminal est *ilio-pelvien*; il occupe la fosse iliaque gauche et descend dans l'excavation sans offrir aucune particularité intéressante.

La portion iliaque mesure 12 cent. 4; la portion pelvienne mesure 11 cent. 5.

Fossette intersigmoïde

Elle est située à l'union des portions iliaque et pelvienne, et est dirigée de dehors en dedans et de gauche à droite. Sa profondeur est de 1 centimètre. Les diamètres de son orifice ont 1 cent. 4 dans le sens transversal, et 6 millimètres dans le sens antéro-postérieur.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 9 millimètres; à la symphyse pubienne, 5 cent. 6; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 6 cent. 3; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 7 centimètres. Ses limites sont les limites ordinaires, à savoir : à gauche, l'uretère gauche; à droite, l'artère hémorrhoïdale supérieure et au fond la veine iliaque primitive gauche.

Artères sigmoïdes. — Elles sont au nombre de *quatre* : l'artère sigmoïde gauche provenant de la colique supérieure gauche, les deux sigmoïdes moyennes provenant de la colique moyenne gauche, l'artère sigmoïde droite provenant de la colique inférieure gauche.

Ces quatres artères constituent quatre groupes, quatre réseaux artériels très riches, mais il est à noter que les groupes latéraux sont plus riches et plus développés ici que les groupes médians, originaires de la colique moyenne gauche. *Les veines* offrent les mêmes ramifications et les mêmes développements.

Observation XXVII

Sexe : M. — *Age :* 23 jours. — *Longueur :* 48 centimètres. — *Syphilis congénitale.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 7 cent. 6; A. P., 3 cent. 6; T., 3 cent. 9.

Colon terminal

Il est *ilio-abdomino-pelvien*. La portion iliaque et la portion pelvienne n'offrent que des rapports qui nous sont connus. La portion abdominale, la seule qui, par sa variabilité même, offre des rapports inconstants et un trajet indéterminé, est plus développée que les deux autres ensemble. Elle est en rapport : *en avant* avec l'intestin grêle, *en arrière* avec le psoas gauche, dont elle suit le bord interne, les vaisseaux iliaques, la colonne vertébrale, la bifurcation de l'aorte, les organes de la fosse iliaque droite et plus particulièrement avec le nerf fémoro-cutané, les vaisseaux spermatiques et iliaques de ce côté. La longueur de la portion iliaque est de 4 cent. 5; la longueur de la portion abdominale est de 10 centimètres; la longueur de la portion pelvienne est de 3 cent. 8.

Fossette intersigmoide

Elle est située sous la portion abdominale, presque sur la ligne médiane et regarde verticalement en bas. Sa profondeur est de 1 cent3; son orifice est un peu plus allongé dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur : le diamètre transversal mesure 1 cent. 5; le diamètre antéro-postérieur mesure 1 centimètre.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 1 cent. 5; à la symphyse pubienne, 4 cent, 4: à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 4 cent. 1; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 cent. 4.

La fossette intersigmoïde est limitée à gauche par l'uretère gauche et par l'artère iliaque primitive gauche qui forment un X par leur

divergence; à droite, par l'artère hémorrhoïdale supérieure. Sous la cavité de la fossette on voit sortir le psoas et la veine iliaque primitive gauche. Une bride péritonéale limite à gauche l'angle externe de la fossette; cette bride unit le péritoine qui recouvre l'artère iliaque externe au méso-côlon abdominal (ligament colo-iliaque).

Les artères sigmoïdes sont entièrement formées par les ramifications de l'artère colique moyenne gauche. Celle-ci se trifurque en artères sigmoïdes gauche, moyenne et droite, cette dernière extrêmement grêle et ténue. Il existe de chaque côté des deux groupes sigmoïdiens latéraux, deux grandes anastomoses en arcade avec la colique supérieure gauche à gauche, et la colique inférieure gauche à droite.

Observation XXVIII

Sexe : F. — *Age :* 11 jours. — *Poids :* 1.285 grammes. — *Longueur* : 40 centimètres. — *Athrepsie.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 centimètres; A. P., 2 cent. 6; T., 2 cent. 8.

Colon terminal

Il est *ilio-abdomino-pelvien.* Il descend obliquement dans la fosse iliaque gauche, de la crête iliaque à la symphyse sacro-iliaque du même côté, puis, forme dans la cavité abdominale plusieurs courbures que l'on peut comparer à deux Ω superposés. Mais le second Ω n'est pas complètement abdominal, car sa branche inférieure est située dans le petit bassin.

La concavité de l'Ω supérieur regarde à gauche, celle de l'Ω inférieur regarde à droite. Il est intéressant de remarquer que tout ce côlon terminal demeure dans la moitié gauche du corps, aucun point de son étendue n'atteint la fosse iliaque droite; c'est à peine si la convexité extrême du premier Ω affleure à la colonne vertébrale. Je n'ai pas besoin d'insister sur les rapports de cette partie du gros intestin.

La portion iliaque mesure 2 cent. 3: la portion abdominale mesure 6 cent. 2; la portion pelvienne mesure 4 cent. 4.

Fossette intersigmoide

Située à l'union des portions iliaque et abdominale du côlon, son orifice regarde en bas et à gauche, dans la direction de l'artère iliaque externe. Elle a une profondeur de 3 millimètres, son orifice, un peu plus large transversalement, mesure 6 millimètres dans son diamètre transversal, et 4 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

Cet orifice est distant : du promontoire, de 1 centimètre; de la symphyse pubienne, de 3 cent. 2; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, de 3 cent. 3; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, de 3 cent. 6.

Il est limité par les mêmes organes que j'ai précédemment décrit : à gauche uretère gauche très flexueux ici; à droite artère hémorrhoïdale supérieure, en avant méso-côlon ilio-abdominal. Le fond est occupé par la veine iliaque primitive gauche.

Les artères sigmoïdes sont au nombre de *quatre*, deux moyennes et deux latérales; l'artère sigmoïde gauche résulte d'une branche de la colique supérieure gauche, les deux moyennes de la colique moyenne gauche et l'artère sigmoïde droite de la branche externe de la colique inférieure gauche. Cette disposition est assez fréquente : nous la connaissons déjà.

Observation XXIX

Fœtus de 6 mois. — *Sexe :* M. — *Poids :* 945 grammes. — *Longueur* : 33 centimètres.

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 4 cent. 6; A. P., 2 cent, 2; T., 2 cent. 4.

Colon terminal

Il est *ilio-abdominal.* La portion iliaque descend obliquement dans la fosse iliaque gauche; sa portion abdominale croise la colonne vertébrale et va s'étaler dans la fosse iliaque droite.

La portion iliaque mesure 3 centimètres; la portion abdominale mesure 7 cent. 5. La dernière portion, celle qui plonge dans l'excavation a pour longueur celle qui sépare la symphyse sacro-iliaque droite de la troisième vertèbre sacrée, c'est-à-dire 4 ou 5 millimètres.

Fossette intersigmoide

Elle est située sous le méso de la portion abdominale, et regarde verticalement en bas dans l'axe de l'excavation.

Sa profondeur est de 3 millimètres. Le diamètre transversal de l'orifice mesure 8 millimètres; son diamètre antéro-postérieur 3 millimètres.

Distances de l'orifice : au promontoire, 1 cent. 1; à la symphyse pubienne, 3 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 2 cent. 8; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 3 cent. 5.

Les limites de cette fossette diffèrent légèrement de celles que nous sommes habitués à rencontrer à cause de la situation de l'uretère gauche : en effet, cet organe au lieu de limiter l'angle externe de la fossette, sort exactement sous le milieu de l'orifice, à égale distance des angles. C'est l'artère iliaque primitive gauche qui forme ici la limite externe; les autres limites ne sont pas changées; c'est encore l'artère hémorrhoïdale supérieure, qui, occupant l'angle interne, forme la limite du côté droit; la veine iliaque primitive gauche occupe le fond et elle est croisée dans l'aire de la fossette par l'uretère gauche.

Les artères sigmoïdes sont au nombre de *trois*; l'artère sigmoïde gauche provenant de la colique supérieure gauche; les artères sigmoïdes moyenne et droite résultant de la bifurcation de la colique moyenne gauche.

Observation XXX.

Sexe : F. — *Age :* 4 ans 1/2. — *Angine diphthéritique.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 15 cent. 7; A. P., 7 cent. 8; T., 8 cent. 2.

Colon terminal.

Il réalise entièrement le type du *côlon ilio-pelvien* ou *côlon sigmoïde*, décrit par M. le professeur Testut. Je renvoie à l'ouvrage de cet auteur pour sa description et ses rapports.

La portion iliaque mesure 15 centimètres, la portion pelvienne 16 centimètres.

Fossette intersigmoide.

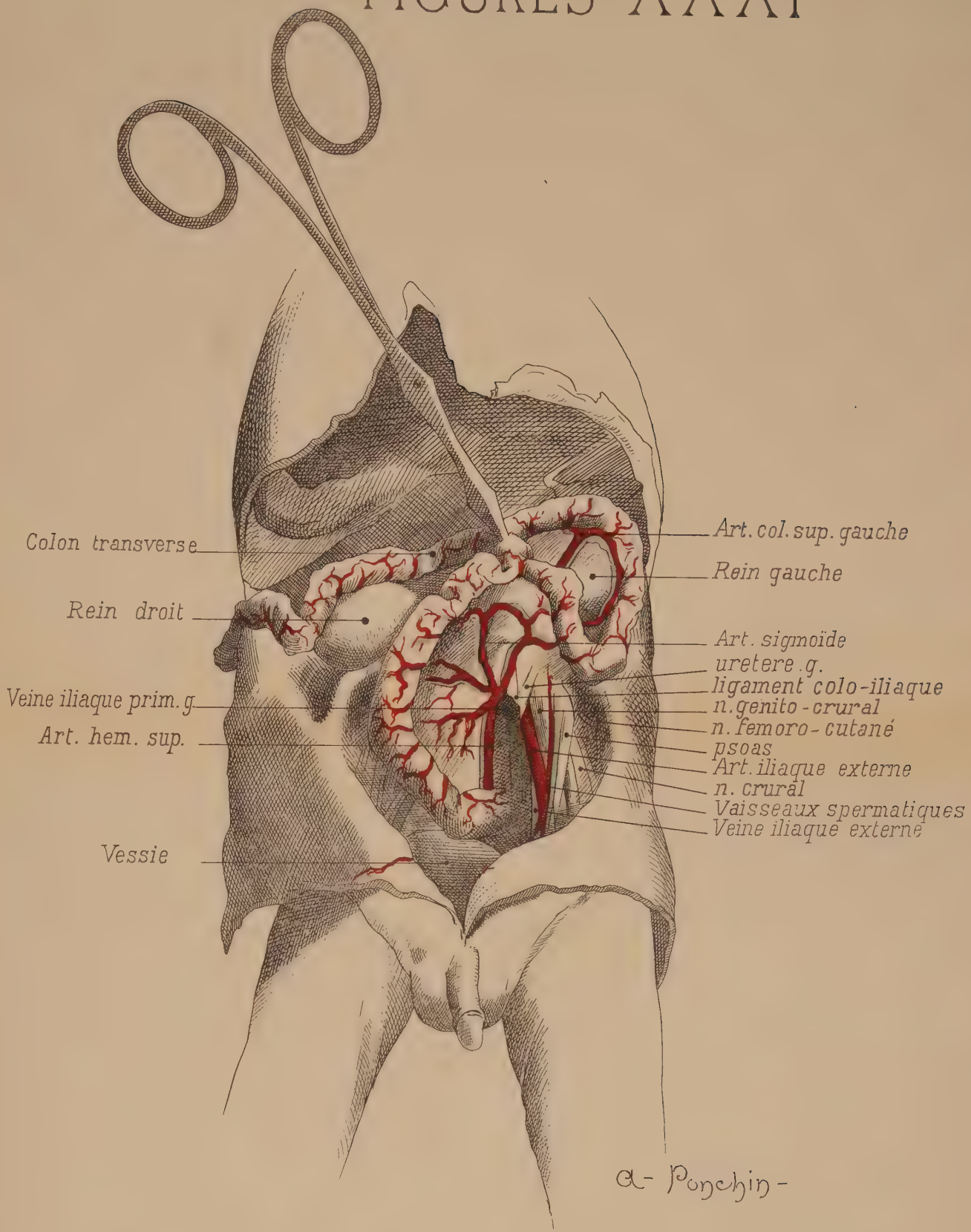
Elle est située sous la convexité de l'anse sigmoïde, au moment où celle-ci embrasse le psoas et les vaisseaux iliaques pour plonger dans le petit bassin. Elle repose un peu au-dessus du promontoire, et la direction de l'orifice est oblique de droite à gauche, et orientée dans le sens de l'artère iliaque externe; sa profondeur est de 5 millimètres. Le diamètre transversal de l'orifice mesure 6 millimètres, le diamètre antéro-postérieur 1 centimètre, d'où il résulte que son orifice est allongé d'avant en arrière, disposition très rare sans doute puisque c'est la seule fois que je l'ai rencontrée.

Distance de l'orifice : au promontoire 8 millimètres; à la symphyse pubienne 8 centimètres, à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 7 cent. 2, à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 10 cent. 3.

La fossette est *limitée à gauche* : par l'uretère gauche; *à droite* : par l'artère hémorrhoïdale supérieure; *en avant :* par le méso-côlon ilio-pelvien. Le *fond* de la fossette est formé par la veine iliaque primitive gauche.

Artères sigmoïdes. — Ces artères sigmoïdes viennent de la colique moyenne et de la colique inférieure gauches. La colique moyenne se divise en deux branches, l'une externe, l'autre interne, qui se séparent presque à angle droit, interceptant entre elles une région relativement assez vaste, dépourvue de vaisseaux, et se réunissant par une arcade anastomotique sur le bord concave de l'intestin. Ces deux branches, par leurs ramifications, constituent les groupes sigmoïdiens gauche et moyen. Le groupe sigmoïdien droit est fourni par les ramifications de

FIGURES XXXI



la colique inférieure gauche, qui s'anastomose avec la branche interne de la colique moyenne. Il est à remarquer que ce groupe sigmoïdien droit offre à lui seul un réseau plus riche que les deux autres réunis.

Les mêmes groupes veineux répondent aux mêmes groupes artériels, avec cette différence, facile à prévoir, que les troncs veineux sont plus volumineux que les troncs artériels. Ces veines constituent les origines inférieures de la petite mésaraïque, qui se dirige en haut et à gauche vers la colique supérieure gauche pour recevoir le sang de cette artère.

Observation XXXI

Sexe : M. — *Age :* 7 jours. — *Poids :* 1.475 grammes. — *Longueur :* 42 centimètres. — *Débilité congénitale.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 6; A. P., 2 cent. 6; T., 2 cent. 8.

Colon terminal

Il est *ilio-pelvien*. La portion illaque offre un trajet et des rapports déjà connus. La portion pelvienne décrit dans le petit bassin deux courbures : la concavité de la première regarde à droite; celle de la seconde regarde à gauche.

La portion iliaque mesure 4 cent. 5. La portion pelvienne mesure 10 cent. 8.

Fossette intersigmoide

Elle est située presque sur la ligne médiane et repose un peu au-dessus du promontoire. Sa direction est verticale de bas en haut; son orifice, plutôt transversal, regarde en bas dans l'excavation. La fossette a une profondeur de 4 millimètres. Le diamètre transversal de l'orifice mesure 5 millimètres; le diamètre antéro-postérieur, 4 millimètres.

Cet orifice est limité : *En avant :* par le feuillet postérieur du mésocôlon pelvien. *En arrière :* par le péritoine pariétal sous lequel transparaît la veine iliaque primitive gauche. L'angle externe de l'orifice

donne issue à l'uretère gauche, au moment où il croise l'artère iliaque primitive; l'angle interne, comme le bord interne est occupé par l'artère hémorrhoïdale supérieure.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 4 millimètres; à la symphyse pubienne, 3 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 3 cent. 4; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 3 cent. 6.

Les artères sigmoïdes, au nombre de *trois*, sont toutes fournies par la colique moyenne gauche.

Observation XXXII

Sexe : F. — *Age :* 8 mois. — *Longueur :* 56 centimètres. — *Entérite tuberculeuse.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 8 cent. 2; A. P., 4 cent. 4; T., 4 cent. 7.

Colon terminal

Il est *ilio-pelvien*, très court dans sa totalité et presque sans courbure. La portion iliaque et la première partie de la portion pelvienne décrivent une anse à concavité supéro-interne, partant de la crête iliaque gauche pour aboutir à la symphyse sacro-iliaque droite, d'où l'intestin se coude et descend verticalement sans courbure, appliqué contre la paroi interne du bassin, jusqu'au rectum qui naît à droite du sacrum.

La portion iliaque mesure 4 cent. 5; la portion pelvienne, 7 cent. 5.

Fossette intersigmoide

Elle est située sous le méso-côlon de l'anse sigmoïde, et repose un peu au-dessus et à gauche du promontoire. Sa direction est oblique de bas en haut et de gauche à droite. Elle est profonde de 1 cent. 7. Son orifice regarde dans le sens de l'artère iliaque externe; il est allongé transversalement et mesure 1 cent. 3 dans son diamètre transversal et 6 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur.

Les limites de l'orifice sont les limites classiques, c'est-à-dire l'uretère gauche à gauche, l'artère hémorrhoïdale supérieure à droite. Sous la paroi postérieure transparaît la veine iliaque primitive gauche.

Distance de l'orifice de la fossette : à la symphyse pubienne, 4 cent. 6; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 4 cent. 3; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 cent. 8.

Artères sigmoïdes. — La colique moyenne gauche se bifurque en deux branches : par extraordinaire elle n'est pas toute employée à l'irrigation de ce segment du côlon terminal qui embrasse dans son périmètre la fossette intersigmoïde. La branche externe va s'anastomoser par une très longue arcade située sur le bord externe du rein gauche avec la branche inférieure de la colique supérieure gauche, et par une autre arcade avec la branche interne sur le bord supérieur concave de la portion iliaque. L'artère colique inférieure gauche se distribue tout entière à la région de la fossette. Arrivée sur le bord de l'intestin elle se divise en deux branches qui s'anastomosent d'une part avec la branche interne de la colique moyenne et la branche externe de l'hémorrhoïdale supérieure, d'autre part. En somme, il n'y a ici, à proprement parler, que deux artères sigmoïdes; mais leurs ramifications forment un fouillis inextricable d'artérioles qui entourent les deux faces de l'intestin.

La disposition des veines est identiquement la même.

Observation XXXIII

Sexe : F. — *Age :* 1 an 1/2. — *Tuberculose.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque 13 centimètres; A. P., 5 centimètres; T., 5 cent. 3.

Colon terminal

Ce colon est *ilio-pelvien*. La portion iliaque et la première partie de la portion pelvienne forment, depuis la crête iliaque gauche jusqu'à la symphyse sacro-iliaque droite, une anse à concavité supéro-

interne, dont la convexité repose sur la fosse iliaque gauche, le psoas, les vaisseaux iliaques externes, la vessie, l'utérus et les ligaments larges. La deuxième partie de la portion pelvienne descend le long de la paroi osseuse droite pour aller s'unir au rectum.

Longueur du côlon iliaque 7 centimètres; longueur du côlon pelvien 9 cent. 5.

Fossette intersigmoide

La fossette intersigmoïde est située un peu au-dessus du promontoire et à gauche de la colonne vertébrale. Sa direction est oblique; elle va de bas en haut et de gauche à droite. Son orifice est elliptique. Il est dirigé dans le sens de l'artère iliaque primitive gauche, qui semble sortir de la cavité de la fossette. Les limites sont ici celles que nous avons rencontrées dans la plupart des autres cas.

Profondeur de la fossette, 2 cent. 6; diamètre transversal, 1 cent. 2; diamètre A. P., 1 centimètre.

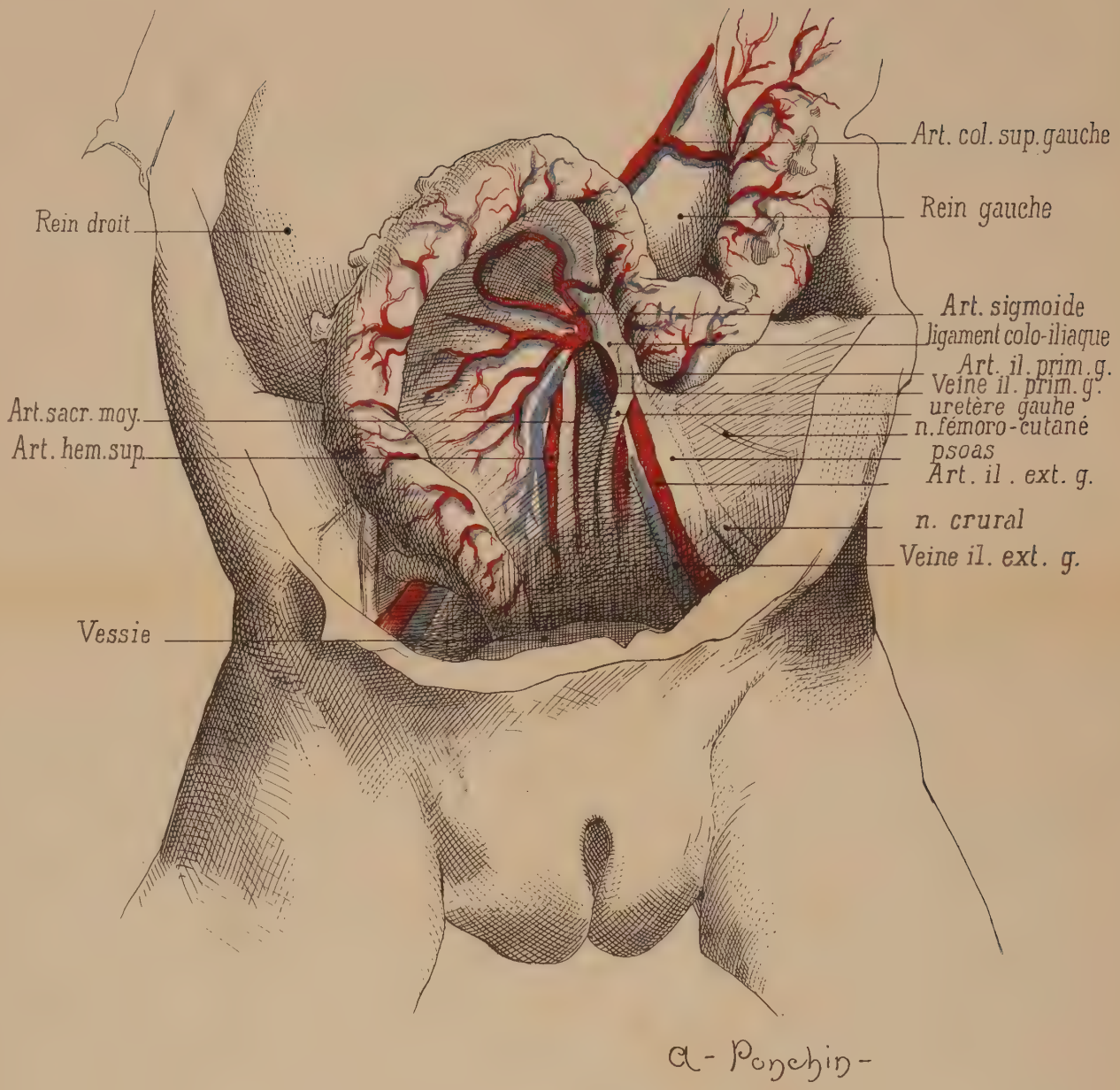
Distance de la fossette : au promontoire, 1 cent. 4; à la symphyse pubienne, 6 cent. 5; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 5 cent. 8; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 6 cent. 7.

La paroi antérieure est constituée par le feuillet postérieur du méso-côlon ilio-pelvien; sa paroi postérieure par le péritoine pariétal qui recouvre à ce niveau la veine iliaque primitive gauche. La paroi externe est formée par le ligament colo-iliaque très développé à cet endroit. Sous la paroi interne de ce ligament se trouve l'artère iliaque primitive et au niveau de l'orifice, c'est comme toujours l'uretère gauche qui forme limite. Le bord droit est formé par l'artère hémorrhoïdale supérieure, recouverte de sa veine.

Artères sigmoïdes. — Les artères de la région intersigmoïde sont fournies par la colique moyenne et la colique inférieure gauche.

C'est la colique moyenne qui fournit le plus grand nombre d'artérioles. On peut ramener ces branches à trois troncs principaux qui se trifurquent très près de la naissance du vaisseau primitif; les trois

FIGURES XXXIII



artères descendent directement dans le méso-côlon, s'y ramifient à l'infini, s'envoyant de nombreuses anastomoses.

La colique inférieure gauche donne deux artères sigmoïdes, ce qui porte à cinq le nombre total de ces artères. Ces deux systèmes artériels s'anastomosent entre eux et s'anastomosent de plus, l'externe avec la colique supérieure gauche, l'interne avec l'artère hémorrhoïdale supérieure. Toutefois, ce sont les trois artères issues de la colique moyenne qui font saillie sous la paroi antérieure de la fossette, les deux autres occupent la paroi latérale droite.

Veines. —Les veines sont ici très nombreuses et très volumineuses ; elles forment des plexus excessivement serrés et se réunissent, d'une part, en trois gros troncs qui correspondent aux branches de la colique moyenne, d'autre part, en deux autres troncs qui correspondent aux branches de la colique inférieure.

Les ganglions lymphatiques de la région sont très nombreux ; leur situation est variable. Ils se trouvent tantôt sur le bord supérieur de l'intestin, tantôt à la bifurcation d'une artère ou d'une veine, tantôt au point de croisement d'une artère et d'une veine, toujours entre les deux feuillets du méso-côlon pelvien. Ils sont chez ce sujet (qui a succombé à une tuberculose généralisée), visibles à l'œil nu et ont en moyenne 3 millimètres de diamètre.

Observation XXXIV

Sexe : F. — *Age :* 8 jours. — *Longueur :* 43 centimètres. — *Poids :* 2.050 grammes. — *Diarrhée infantile.*

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 2; A. P., 3 cent. 3; T., 3 cent. 6.

Colon terminal

Il est *ilio-abdominal*; il descend dans la fosse iliaque, arrive sur le bord interne du psoas, puis remonte de bas en haut le long de ce

bord, sur les vaisseaux iliaques externes, croise la colonne vertébrale devant la bifurcation de l'aorte, et va s'étaler au-dessous du rein droit dans la fosse iliaque droite, sur le côté interne du cœcum; puis formant une petite anse à concavité inféro-interne, il se dirige vers le sacrum, dans l'excavation, sur une longueur de 4 à 5 millimètres.

La portion iliaque mesure 4 cent. 2 et la portion abdominale 11 centimètres.

Fossette intersigmoide

Elle est située sous le feuillet postérieur du méso-côlon abdominal, à gauche de la colonne vertébrale, sur la paroi latérale du promontoire. Elle est dirigée verticalement de bas en haut, sa profondeur est de 9 millimètres. Son orifice, allongé transversalement, regarde dans l'axe de l'excavation ; son diamètre transversal mesure 7 millimètres, son diamètre antéro-postérieur 4 millimètres. L'orifice est limité à gauche par l'uretère gauche, à droite par l'artère hémorrhoïdale supérieure. La paroi postérieure de la fossette recouvre l'artère sacrée moyenne et la veine iliaque primitive gauche.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 5 millimètres; à la symphyse pubienne, 4 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 3 cent. 1; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 4 centimètres.

Artères sigmoïdes. — Elles sont au nombre de quatre, deux moyennes issues de la colique moyenne, et deux latérales issues, l'une de la colique supérieure, l'autre de la colique inférieure.

Observation XXXV

Fœtus à terme : M. — *Poids :* 3.500 grammes. — *Longueur :* 51 centimètres.

Diamètres du bassin : Bis-iliaque, 6 cent. 8 ; A. P., 2 cent. 9; T., 3 cent. 2.

Colon terminal

Il est *ilio-abdomino-pelvien,* descend dans la fosse iliaque gauche;

arrivé sur le bord interne du psoas, le remonte en haut pour former, dans la cavité abdominale, un vaste Ω, placé de champ, à concavité inférieure, entouré en haut, en avant et en arrière par les anses de l'intestin grêle. La branche droite de l'Ω plonge dans l'excavation pelvienne par sa partie inférieure, et forme une courbure à concavité inférieure, qui se dirige en arrière pour s'aboucher avec le rectum, vers la troisième pièce sacrée.

La portion iliaque mesure 3 cent. 2. La portion abdominale mesure 10 cent. 4 et la portion pelvienne 5 centimètres.

Fossette intersigmoide

Elle est située sous le méso-côlon abdominal, sous la branche gauche de l'Ω. Sa direction est verticale de bas en haut. Sa profondeur est de 6 millimètres. L'orifice de la fossette regarde dans l'axe de l'excavation ; il est allongé transversalement et mesure dans son plus grand diamètre 1 cent. 2. Le diamètre antéro-postérieur est de 6 millimètres. L'ouverture du recessus est limitée à gauche par l'uretère gauche et par un ligament colo-iliaque assez étendu. L'artère hémorrhoïdale supérieure sert de limite au bord et à l'angle internes. Sous le péritoine pariétal qui constitue le plancher de la fossette, se trouve la veine iliaque primitive gauche.

Distance de l'orifice de la fossette : au promontoire, 5 millimètres; à la symphyse pubienne, 3 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 3 cent. 2; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 3 cent. 8.

Artères sigmoïdes. — Les artères sigmoïdes sont au nombre de *trois*. L'artère sigmoïde gauche est fournie par la branche interne de la colique supérieure. Les artères sigmoïdes moyenne et droite, résultent de la bifurcation de la colique moyenne gauche.

Le nombre des veines sigmoïdes est le même que celui des artères ; leur trajet et leurs rapports sont aussi les mêmes.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1° Chez l'enfant, la dernière portion du gros intestin, celle qui s'étend de la crête iliaque gauche jusqu'au rectum, mérite le nom de côlon terminal.

2° Ce côlon terminal n'a point toujours une disposition typique. Il doit être, sauf anomalies très rares, rapporté aux trois types suivants :

1° Type ilio-abdominal ;
2° Type ilio-pelvien ;
3° Type ilio-abdomino-pelvien.

De cette disposition, on peut tirer une conclusion pratique au point de vue de l'incision à faire dans les cas d'imperforations de l'anus, pour l'établissement d'un anus artificiel. Le côlon terminal, soit ilio-abdominal, soit ilio-abdomino-pelvien, réside dans l'abdomen, mais non forcément dans la fosse iliaque droite ; on est plus sûr de le rencontrer sur la ligne médiane : l'incision sur la ligne blanche serait donc, à mon avis, préférable.

3° Ces types se rencontrent par ordre de fréquence : le côlon ilio - pelvien, 37, 14 0/0. Le côlon ilio - abdominal 28, 57 0/0 et le côlon ilio-abdomino-pelvien, 25, 71 0/0.

4° Le sexe de l'enfant n'a aucune influence sur la résidence du côlon terminal.

5° Les longueurs moyennes de chaque portion du côlon terminal sont :

Pour la portion iliaque, 5 cent.25 ;

Pour la portion abdominale, 8 cent. 75 ;

Pour la portion pelvienne, 6 cent. 4 .

6° La fossette intersigmoïde, qui mériterait plutôt le nom de recessus, est un cul-de-sac infundibuliforme du péritoine, situé, sauf exceptions peu fréquentes, un peu au-dessus et à gauche de l'angle sacro-vertébral.

7° Elle se rencontre dans 94, 28 0/0 des cas.

8° Conformément à l'opinion de Toldt, elle est située entre le feuillet postérieur du méso-côlon terminal et le péritoine pariétal qui tapisse la paroi abdominale postérieure ; son développement paraît lié au défaut de coalescence du mésentère terminal primitif avec le péritoine pariétal.

9° Cette fossette intersigmoïde a la forme d'un cône à grand axe vertical qui serait aplati dans le sens antéro-postérieur, dont le sommet se terminerait en pointe effilée ou mousse ; l'orientation de ce cône peut varier dans des limites assez restreintes toutefois.

10° Sa profondeur est variable et oscille entre 2 et 15 millimètres.

11° Elle présente :

A. Un orifice, base du cône ;

B. Un toit ou paroi antérieure ;

C. Un plancher ou paroi postérieure ;

D. Deux bords, gauche et droit.

A. L'orifice ordinairement de forme elliptique, à grand axe transversal, est limité :

En avant : par le feuillet postérieur du méso-côlon pelvien ; en arrière par le péritoine pariétal ; à gauche : toujours par l'uretère gauche et par le ligament colo-iliaque ; à droite : toujours par l'artère hémorrhoïdale supérieure.

Il n'est pas entouré par une couronne vasculaire péri-orificielle.

B. Le toit est un segment triangulaire pris sur le méso-côlon terminal. Il contient entre ses feuillets :

1° Des artères ;

2° Des veines ;

3° Des lymphatiques (vaisseaux et ganglions) ;

4° Des nerfs ;

5° Un tissu cellulaire peu développé et sans intérêt.

1° Artères. — Il n'existe pas de type artériel fixe : les artères sigmoïdes proviennent de la mésentérique inférieure par l'intermédiaire des artères coliques moyenne et inférieure gauches. Cependant, dans quelques cas, la colique supérieure gauche et l'artère hémorrhoïdale supérieure contribuent à la vascularisation de cette région. L'artère colique moyenne gauche est la véritable artère sigmoïde, parce

qu'elle se distribue tout entière et toujours à cette portion de l'intestin. Les réseaux d'artérioles qui résultent des artères sigmoïdes, peuvent schématiquement être ramenés à plusieurs groupes sigmoïdiens, le plus souvent au nombre de trois ou de quatre (groupe sigmoïdien gauche, groupe sigmoïdien moyen unique ou double, groupe sigmoïdien droit). Chaque groupe n'est pas constamment fourni par la même artère, toute artère sigmoïde pouvant, suivant les cas, entrer dans la constitution d'un groupe donné. (Cf. Ch. III.)

2° Veines. — Les veines naissant des tuniques muqueuse et musculaire de l'intestin, se dirigent vers son bord supérieur, forment un réseau intra-péritonéal et sont en tous points semblables, quant au nombre, à la disposition, au trajet et aux rapports, aux artères de la même région : les mêmes groupes sigmoïdiens veineux correspondent aux mêmes groupes sigmoïdiens artériels.

3° Lymphatiques. — Les lymphatiques naissent comme les veines des tuniques muqueuse et musculaire de l'intestin et se réunissent pour venir se jeter dans des ganglions situés, soit sur le bord concave du côlon, soit, à différentes hauteurs, entre les feuillets du méso au point de bifurcation ou de croisement des vaisseaux.

4° Nerfs. — Les nerfs du toit issus du grand sympathique, par l'intermédiaire du plexus lombo-aortique, forment le plexus mésentérique inférieur, qui se résout lui-même, selon les cas, et suivant le trajet des artères, en plexus sigmoïdiens gauche, moyen et droit.

C. Plancher. — Le plancher ou paroi postérieure est formé

par le péritoine pariétal et recouvre toujours la veine iliaque primitive gauche et quelquefois l'artère sacrée moyenne.

D. Bords. — Le bord gauche est limité par l'artère iliaque primitive gauche et le bord droit par l'artère hémorrhoïdale supérieure.

12° En résumé, la fossette intersigmoïde, tant par sa situation que par ses rapports, constitue une région importante, peu connue jusqu'à ce jour, qui méritait une description minutieuse.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Le Président de la Thèse :
MOUSSOUS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 octobre 1895,
Le Recteur,
A. COUAT

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BEAUNIS et BOUCHARD. — *Nouveaux éléments d'Anatomie descriptive et d'Embryologie* (Paris, J.-B. Baillère, 1894).

BICHAT. — *Anatomie descriptive* (Paris 1829).

BOURCART. — Thèse de Paris (août 1863).

CRUVEILHIER. — *Traité d'Anatomie descriptive* (Paris 1865-68).

DEBIERRE. — *Traité élémentaire d'Anatomie de l'homme*, 1890.

FORT. — *Anatomie descriptive et dissection* (Paris 1887).

GEGENBAUR. — *Traité d'Anatomie humaine*, traduction Julin (Paris, Reinwald, 1889).

GRUBER (W.). — *Beobachtungen aus der menschliden und vergleichenden anatomie* (Saint-Pétersbourg 1879).

PAULET. — *Anatomie topographique* (Paris 1867-1870).

POIRIER. — *Traité d'Anatomie humaine* (Paris 1894).

SAPPEY. — *Traité d'Anatomie descriptive* (Paris 1879).

TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine* (Paris 1894).

TILLAUX. — *Traité d'Anatomie topographique* (Paris 1892).

TRÈVES (Frédérick). — *The anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man* (London, H.-K. Lewis, 1885).

Bordeaux. — Imprimerie P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.